Michel Cattan

Pour une certification qualité gagnante

Premiers pas vers la qualité totale

Tient compte de la version ISO 9001:2008

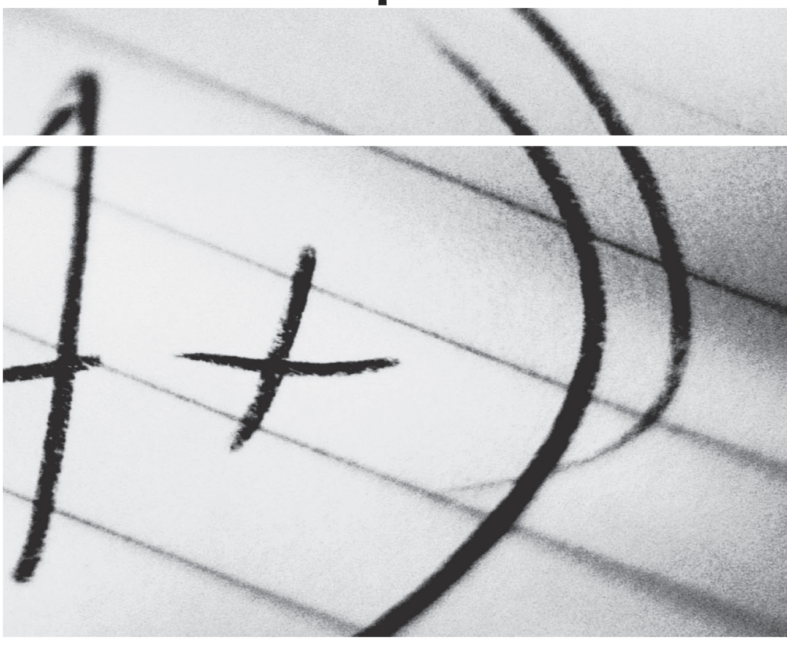
afnor
ÉDITIONS

Pour une certification qualité gagnante

Michel Cattan

Pour une certification qualité gagnante

Premiers pas vers la qualité totale



Tient compte de la version ISO 9001:2008



Du même auteur, chez le même éditeur

Managers, engagez-vous !, 2009.
Guide des processus – Passons à la pratique, 2008.
Maîtriser le processus de conception, 2004.
L'entreprise et ses données techniques, 2001.

ISBN : 978-2-12-465183-2

Couverture : création AFNOR – Crédit photo © 2009 JupiterImages Corporation

AFNOR – 11, rue Francis de Pressensé, 93571 La Plaine Saint-Denis Cedex

Tél. : +33 (0)1 41 62 80 00 – www.afnor.org

Sommaire

Partie II – Avant

Partie III – Pendant

Partie IV – Après

Préface

La nécessité de changer et de s'adapter pour rester dans la course est un thème récurrent des nombreux débats qui agitent depuis plusieurs années le monde des entreprises. Dans ce contexte, nul ne remet en cause aujourd'hui l'intérêt de conduire le changement par une démarche qualité. C'est un moyen reconnu pour améliorer la compétitivité et la performance des entreprises, et pour faire en sorte que les organismes de services répondent aux attentes de leurs clients ou usagers.

J'ai eu l'occasion pendant cinq ans – en tant que ministre de l'Industrie – de souligner les enjeux de la certification pour nos entreprises et pour notre pays en termes de développement économique et social. La qualité est une des conditions essentielles de la compétitivité des entreprises et des échanges internationaux. C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics ont soutenu une décennie durant l'ensemble des initiatives publiques et privées de promotion des approches « qualité », en particulier au travers de la création de l'AFNOR et de l'AFAQ, mais également du Mouvement français de la qualité (MFQ) et du Prix français de la qualité.

J'ai eu l'occasion dans ce cadre de récompenser les meilleures de nos entreprises et de **mettre en valeur leurs démarches exemplaires**, mais aussi des administrations et des services publics. Les dizaines de lauréats que j'ai eu la chance de rencontrer représentaient le meilleur de la technologie et de la

qualité françaises, et poursuivaient un même but : pour un chef d'entreprise ou d'établissement, poursuivre un objectif de qualité, c'est en fait rechercher la satisfaction des clients tout en aménageant l'organisation du travail pour répondre à la fois aux impératifs de rentabilité et aux aspirations des employés. C'est savoir motiver ses collaborateurs et récompenser leurs efforts. Dans cet esprit avait été choisi pour thème du Mois de la qualité 1999 « L'homme au cœur de la qualité », car nous tenions à ce que soit mise en avant la dimension humaine, fondamentale dans toute démarche d'amélioration.

Dans ce domaine, comme dans tous ceux qui font la performance des entreprises, les lauréats ont servi de référence. Ils ont démontré combien l'application des principes de la qualité totale permettait d'accroître la compétitivité à long terme. Ils ont également eu un effet d'entraînement sur les entreprises de leur entourage qui n'exploitaient pas encore ou peu ces principes. Enfin, et c'est une satisfaction personnelle, l'Administration et les services publics se sont eux aussi pleinement engagés et avec succès dans la démarche de management de la qualité. L'État se devait de montrer l'exemple.

Car la qualité constitue, aux côtés de l'innovation, notamment dans les nouvelles technologies, un moteur de la croissance actuelle. Si la qualité des produits et des services est indispensable sur les grands marchés, elle n'est plus suffisante. Services associés aux produits, facilités d'utilisation et d'entretien, élimination des produits en fin de cycle de vie : les attentes des consommateurs sont devenues multiples et complexes.

Du fait de l'évolution des circuits de distribution et notamment du développement du commerce électronique, les consommateurs vont pouvoir mieux comparer les produits et choisir les plus performants, au meilleur rapport qualité/prix. Face à des marchés plus volatils, la démarche de qualité totale est un outil très précieux dans la prise de conscience des exigences des clients et des actionnaires, des aspirations du personnel et du respect de l'intérêt général, en particulier de l'environnement. Il en va de l'image de nos produits, de nos services et de nos entreprises. Les résultats sont encourageants, mais nous devons continuer d'inciter les entreprises à aller vers la qualité totale.

Si la qualité est avant tout l'affaire des acteurs économiques, je me suis donc appliqué à ce que l'État offre aux entreprises les conditions leur permettant de s'approprier le management par la qualité totale. Trois axes stratégiques ont ainsi été développés de 1998 à 2002.

La première étape a été de concevoir et d'animer les ***outils*** qui accompagnent les entreprises sur la voie de la qualité. Le ministère de l'Industrie a ainsi travaillé, en partenariat avec des grandes entreprises et le MFQ, à une **utilisation élargie du référentiel du Prix français de la qualité**, afin d'offrir aux entreprises une reconnaissance intermédiaire entre la certification et les prix. Il a également participé, aux côtés de l'AFAQ et de l'AFNOR, d'une part à l'élaboration **des nouvelles versions des normes ISO 9000**, d'autre part à la mise en place d'un **indice de satisfaction des clients** au niveau européen.

Le deuxième axe a été la promotion de la culture qualité et la diffusion des démarches qualité dans les organisations. Toutes les études démontrent que les dirigeants de petites entreprises manquent d'informations qui pourraient les convaincre de mettre en place une démarche qualité. À cette fin, le ministère de l'Industrie a diffusé très largement en 1999 un *Guide de la qualité pour les PME/PMI*, s'adressant de façon très pragmatique aux entreprises qui ont une connaissance moyenne du sujet. D'autres initiatives et d'autres ouvrages plus élaborés ont suivi.

Enfin, le troisième axe a été de mobiliser tous ceux qui, au quotidien, sont chargés d'informer et de sensibiliser les entreprises sur la qualité afin que tous travaillent dans le même sens et atteignent le plus grand nombre possible d'entreprises. Nous avons ainsi développé des réseaux de développement industriel dans les régions, coordonnant les contacts avec les entreprises pour un maximum d'efficacité. Les DRIRE (Directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement), les délégations du MFQ, les Chambres de commerce et d'industrie, l'AFNOR et l'AFAQ ont constitué dès l'origine le noyau dur de ces réseaux, et leur coopération fut extrêmement profitable. Cette action de mobilisation s'est enfin accompagnée d'un appel à propositions « AQCEN : Accès à la qualité, la certification, les essais et la normalisation », lancé en 1998 et reconduit depuis chaque année avec succès.

Lorsque l'on aborde en quelques lignes le thème de la démarche qualité, on se rend très vite compte que le domaine est vaste. La notion de qualité a beaucoup évolué et elle évoluera certainement encore. On constate cependant que, quel que soit le contenu que l'on donne à cette notion, elle est irrémédiablement au centre des réformes de l'entreprise. Elle concerne la maîtrise et l'efficacité des organisations et les trois quarts des entreprises la définissent comme « la maîtrise de l'ensemble des processus conduisant à la satisfaction des clients ». Tout le monde s'accorde à reconnaître que l'homme est au cœur de la qualité, car c'est de son implication et de sa motivation que dépend la réussite d'une

démarche qualité. Enfin, pour la majorité des responsables, engager un processus d'amélioration permanente de la qualité est un investissement dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

Dans un tel contexte, la certification est un atout supplémentaire pour démontrer la qualité des produits et des services d'une entreprise. C'est aussi un excellent moyen pour une direction de faire évaluer le fonctionnement de son entreprise par rapport à un référentiel reconnu.

L'approche proposée par Michel Cattan dans ce guide est originale dans la mesure où il se place du point de vue de l'organisme souhaitant obtenir une certification, plutôt que du point de vue du certificateur ou de l'expert chargé de faire appliquer une norme. Cette approche présente l'avantage d'être globale car elle prend en compte toutes les composantes de ce type de démarche : management, organisation, formation, communication, etc.

Les aspects tout à fait opérationnels qui sont abordés dans cet ouvrage sont à coup sûr un atout important pour les organismes qui décident de s'engager dans un processus de certification.

Je souhaite que ce livre, par sa simplicité et sa clarté, contribue au développement du management de la qualité et entraîne un nombre toujours plus grand d'entreprises dans la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Christian Pierret
Ancien ministre
Maire de Saint-Dié-des-Vosges

Avant-propos

Ce livre n'a pas pour objectif de développer une théorie originale de plus sur la mise en œuvre d'un système de management de la qualité (SMQ) ou sur les principes et les règles de la certification.

À travers un fil conducteur qui est celui de la préparation d'un organisme à la certification, il s'agit ici de faire état des heurs et malheurs du parfait petit soldat de la qualité. À chacune des étapes de sa quête pour l'obtention d'un certificat, exemples et conseils lui permettront de poursuivre son chemin et de progresser sans trop de difficultés.

Simplicité et pragmatisme sont les deux mots clés de la réussite. Au fil des chapitres, la démonstration sera faite que la définition et la mise en application d'un système de management de la qualité performant ne doivent pas être synonymes de galère.

Quant à la certification, lorsqu'elle est comprise comme la vérification de l'efficacité d'un système de management de la qualité totalement intégré au fonctionnement courant de l'organisme, elle n'est plus alors qu'une formalité ou, mieux encore, un élément supplémentaire contribuant à l'amélioration permanente du système de management de la qualité. Il sera toujours temps, lorsque le système aura été parfaitement rodé, de faire appel à des méthodes et à des outils sophistiqués pour en accroître l'efficacité et atteindre l'efficience.

Pour éviter la litanie des recommandations et des exemples, cet ouvrage est composé de trois textes :

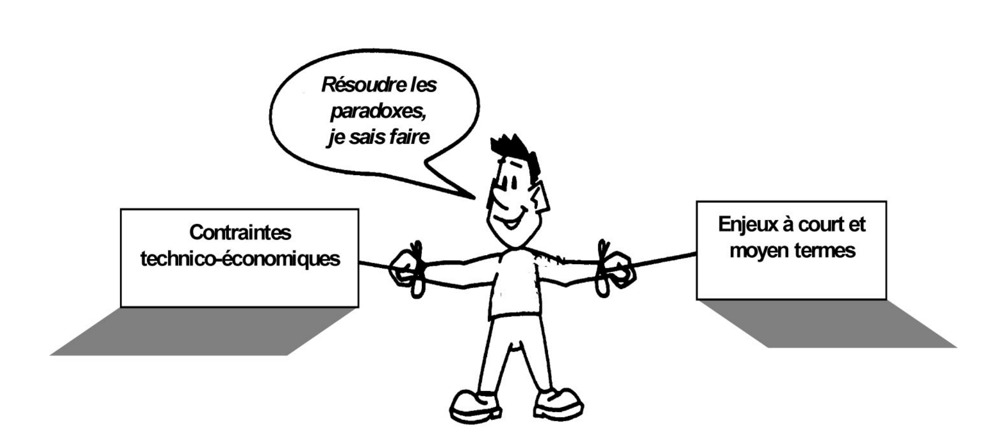
- le premier, intitulé « Le labyrinthe », met l'accent sur les obstacles à surmonter pour arriver à bon port ;
- « Le défi » est, quant à lui, le récit des expériences vécues par quatre amis qui se retrouvent régulièrement sur un terrain de golf ;
- enfin, le texte principal décrit et commente les étapes de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité et d'une certification. Il met en évidence les écueils à éviter et préconise quelques idées simples pour faciliter la réussite de l'opération qui conduit à la certification.

Chacun de ces textes peut être lu indépendamment des autres. Mais il est aussi possible d'en faire une lecture comme s'il s'agissait d'un seul texte. Quel que soit le mode de lecture choisi, cela ne nuira en rien à la compréhension d'ensemble. En revanche, ces textes n'étant pas redondants, ils contiennent chacun pour ce qui le concerne des pistes, orientations, commentaires, suggestions… différents. Il faut les avoir tous lus pour en faire la découverte.

Cet ouvrage s'adresse à toutes sortes de compagnies, sociétés, firmes, entreprises industrielles, entreprises commerciales ou de services, institutions, œuvres de bienfaisance, travailleurs indépendants, administrations et associations. En d'autres termes, il concerne tous types *d'organismes*, conformément au vocabulaire adopté par les normes ISO de la série 9000 (2005). Le terme *organisme* est utilisé dans cet ouvrage pour désigner toutes les entités susceptibles de mettre en œuvre un système de management de la qualité et, le cas échéant, d'obtenir une certification. Il faut bien reconnaître que d'un point de vue purement littéraire ce terme n'est pas toujours très adapté, mais il présente l'avantage d'être normalisé.

Michel Cattan

Partie I
SMQ et certification : le contexte





Le labyrinthe

Le parcours qui mène à l'efficience du système de management de la qualité et à l'efficacité du fonctionnement d'une équipe ne relève pas toujours de la petite promenade de santé, mais s'apparente plutôt à un véritable parcours sportif. Il suffit cependant d'être en bonne condition physique pour l'effectuer sans trop de difficultés.

Pour atteindre le but fixé, à savoir améliorer la performance de l'équipe et la qualité de ses prestations, il lui faut affronter bon nombre d'épreuves qui sont tout à fait surmontables tant que l'équipe reste sur la bonne voie, mais qui deviennent quasiment inaccessibles si elle s'égare par trop dans des voies sans issue.

Il s'agit donc pour l'équipe de traverser un labyrinthe en empruntant la voie la plus directe possible, et en évitant les allers et retours qui font perdre du temps et qui coûtent cher.

Pour affronter ces épreuves et réussir à les surmonter, il existe des méthodes et des outils qu'il faut savoir utiliser à bon escient.

Rien n'est cependant possible si l'équipe ne dispose pas d'un sens aigu de l'adaptation, car pour pouvoir sortir sans dommage de ce labyrinthe, il faut être prêt à remettre en question ses méthodes, ses outils ou son matériel, son organisation et parfois même sa culture.

Contrairement à ce que beaucoup d'équipes pensent, il n'existe pas qu'un seul bon chemin pour traverser ce labyrinthe. En effet, une épreuve dépend de nombreux paramètres et, par conséquent, la façon de l'aborder n'est pas unique.

1

L’esprit et la lettre

1.1 Le management de la qualité et la certification

C’est le propre de tout organisme de rechercher les moyens qui lui permettront, à travers la satisfaction de ses clients ou usagers, d’installer durablement une dynamique de croissance. C’est peut-être une des raisons pour lesquelles certains dirigeants tombent dans le piège des méthodes et concepts à la mode et finissent, après être passés de déceptions en déconvenues, par préférer l’immobilisme.

Le domaine du management de la qualité n’échappe pas à cette loi qui consiste à proposer de nouveaux concepts ou de nouvelles méthodes avant même que les précédents aient donné leurs premiers résultats.

Avec la version actuelle de la norme ISO 9001, nous ne nous plaçons pas dans ce contexte car elle propose une approche du management de la qualité basée sur l’expérience vécue (mauvaise ?) avec sa version1994. De plus, comme toute norme d’exigences, si elle dit ce qu’il faut faire, elle ne se prononce pas sur le « comment » faire, ce qui laisse une grande latitude pour son application. Comme il fallait s’y attendre, cette liberté laissée quant aux modalités de traitement des exigences a provoqué la mise sur le marché d’une quantité de méthodes et d’outils qui sont censés faciliter l’application de la

norme et, pourquoi pas, faire bon nombre de choses à notre place. Nous l'avons vécu avec les versions précédentes de la norme, le charlatanisme est en la matière monnaie courante, ce qui n'a bien sûr pas contribué à populariser la certification et plus généralement la qualité.

Autre difficulté à surmonter, la certification doit en principe permettre de faire savoir que l'organisme a mis en œuvre un système de management de la qualité (SMQ) efficace ; il faudrait pour que cela soit toujours le cas que l'on soit assuré de la qualité des certificats.

Rappelons que la certification est le moyen d'attester, par l'intermédiaire d'un tiers certificateur, de l'aptitude d'un organisme à fournir un service, un produit ou un système conformes aux exigences des clients et aux exigences réglementaires. L'ISO/CEI en donne la définition suivante :

> « Procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel. »

Si le nombre de certificats délivrés a cru assez régulièrement jusqu'en 2005, cette croissance n'a pas concerné de manière uniforme tous les types d'organismes. Les raisons de ces variations sont diverses : on peut citer par exemple la taille de l'organisme ou la nature de ses produits et de ses services.

Il existe cependant encore bon nombre d'organismes qui sont réfractaires à une certification, et ceci pour des raisons très variées. Dans la plupart des cas, le rejet vient de ce que l'organisme ne mesure pas bien les avantages qu'il peut en tirer pour son propre fonctionnement : il n'en retient que les aspects négatifs ou prétendus tels. Mais le vrai problème est que ces organismes pensent au diplôme et à des moyens rapides pour l'obtenir, sans se préoccuper une seconde de ce que pourrait leur apporter la mise en œuvre d'un système de management de la qualité.

Beaucoup des inconvénients cités par les responsables d'entreprises viennent de ce que la qualité est, dans de nombreux cas, considérée comme quelque chose d'un peu à part ou comme un mal nécessaire (*cf.* figure 1.1). Bien que cette étude ne soit pas très récente, on peut dire, sans risque de se tromper, qu'elle est toujours d'actualité. S'il en fallait une preuve, il suffit de se reporter aux statistiques donnant le nombre annuel d'organismes ayant obtenu une certification ou demandé le renouvellement de leur certificat en France.

Le chiffre de 2006 (21 349 certifications) est inférieur à celui de 2004 (21 769), alors que l'Italie par exemple faisait cinq fois mieux[1].

Dès l'instant où la qualité est considérée comme une composante du mode de management et qu'elle n'est plus dissociable du fonctionnement courant de l'organisme, la plupart des inconvénients cités par les dirigeants tendent à disparaître. Encore faut-il bien faire comprendre à ces dirigeants le changement de portage introduit par la norme ISO 9001 et plus précisément par l'approche processus.

Il ne s'agit plus uniquement de démontrer que l'on a fait ce que l'on a dit que l'on ferait, mais surtout de démontrer que les choix de l'organisme sont efficaces. Dès l'instant où cette notion fondamentale d'efficacité est reconnue par les dirigeants, il va de soi qu'elle constitue l'un des éléments principaux de leur mode de management. Ils doivent cependant garder à l'esprit que c'est l'efficience qui doit être visée.

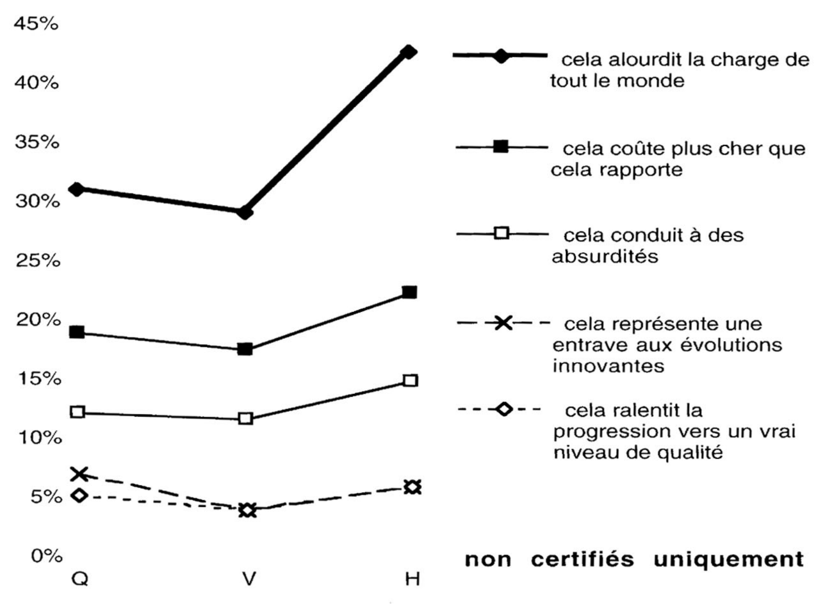
Mais, comme souvent, s'agissant de la définition et de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité, la tendance la plus développée, et l'on pourrait dire la plus conseillée, se traduit par : pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué. Certains spécialistes s'attacheront beaucoup plus à la lettre de la norme plutôt qu'à son esprit, ce qui en général conduit à alourdir le fonctionnement de l'organisme par une production excessive et souvent inutile de papiers qualifiés d'enregistrements de la qualité.

Réussir sa certification dans de bonnes conditions passe par un choix fondamental : la simplicité. Il sera toujours temps de consolider le système de management de la qualité en utilisant des outils sophistiqués (et relativement coûteux).

La règle fondamentale à appliquer dans un premier temps est de ne prendre en compte dans le système de management de la qualité que ce qui est bon pour l'organisme. Il est certes important de pouvoir répondre aux exigences du référentiel retenu, encore faut-il qu'elles aient un sens pour l'organisme.

---

[1] Chiffres rassemblés en 2008 par Patrick Mongillon, président du MFQ Île-de-France et animateur du groupe de travail « Indicateurs Qualité France ».



Modes de production
Q : production en quantité d'un ou de quelques produits bien définis ;
V : produits dont la fabrication nécessite des technologies et des matériaux variés ;
H : production en petites séries pour laquelle le savoir-faire est prépondérant.

Figure 1.1 Inconvénients d'une certification, ressentis par une entreprise[2]

1.2 La qualité et le management de la qualité, des concepts évolutifs

Le management de la qualité fait l'objet d'une norme qui, par ses exigences, est supposée en définir le contenu. Au cours de la dernière décennie nous avons cependant pu constater que le management de la qualité est un concept évolutif et à géométrie variable. En effet le domaine couvert :

- dépend du type d'organisme qui souhaite mettre en œuvre un tel système (industrie, services, administration, association, etc.) ;

2 Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, *La qualité dans l'industrie française – Conceptions et stratégies*, les Éditions de l'industrie, collection Études, 2001, p. 50.

- est évolutif en fonction de l'époque, de la culture et des contraintes sociétales ;
- se définit en fonction de l'organisation de l'organisme, mais aussi en fonction des relations développées par celui-ci avec ses différents partenaires.

De nouvelles exigences sont apparues et ne cessent d'apparaître comme, par exemple, celles qui ont trait à la sécurité et à l'environnement. Il ne fait de doute pour personne aujourd'hui qu'il existe un lien étroit entre ces disciplines. Certains ont même érigé en principe la nécessité d'intégrer les systèmes de management relatifs à ces trois domaines (système QSE) sous prétexte qu'ils ont un tronc commun d'exigences.

Sans faire une règle de cette intégration qui, dans certains cas, peut être contre-productive, il ne viendrait à l'idée de personne que qualité, sécurité et environnement puissent être pris en compte indépendamment les uns des autres.

Le champ de la qualité doit aussi évoluer pour tenir compte d'exigences nouvelles relatives aux responsabilités sociétales des organismes.

Comment situer aujourd'hui le développement durable et l'éthique, deux sujets particulièrement en vogue, par rapport à la qualité ? Pour prétendre à la reconnaissance de la qualité de ses produits, un organisme qui propose sur le marché d'excellents produits à des prix compétitifs doit par ailleurs démontrer qu'il ne les fait pas fabriquer par des enfants, avec un taux élevé d'accidents du travail et en ne préservant pas l'environnement.

Comme pour la qualité, la prise de conscience des organismes se fait bien souvent au travers d'exigences qui leur sont imposées dans les contrats. Il faut donc s'attendre à certaines réticences, car, dans un premier temps, l'organisme va mettre en avant le coût supposé de la prise en compte de ces principes en omettant de les comparer aux gains potentiels. Autre argument avancé par les plus réticents, l'absence de référentiel éprouvé ; ce sont d'ailleurs les mêmes qui ne manqueront pas de se plaindre lorsqu'on leur imposera un tel référentiel.

Si l'on excepte les managers réticents – il faut l'espérer peu nombreux – à toute modification de leurs petites habitudes, de nombreux managers sont convaincus qu'il est indispensable de prendre en compte dans le fonctionnement de leurs organismes les attentes sociales, éthiques environnementales et sociétales. Faute de quoi ils seront rapidement exclus du marché.

L'époque du management purement financier pour lequel la qualité n'était qu'une discipline particulière déléguée à un représentant de la direction, est aujourd'hui révolue. Le slogan « la qualité est l'affaire de tous » reste vrai, mais il est largement dépassé. Si la qualité est sans conteste une composante de chaque activité, c'est bien parce qu'elle est dans son acception actuelle (qualité environnement, sécurité, développement durable, etc.), un des principaux éléments contribuant à la définition de la politique et de la stratégie de l'organisme.

En effet, pour pouvoir fournir des produits et des services qui satisfassent totalement les clients ou usagers tout en restant compétitif, on ne peut plus se contenter de mettre en place une structure qualité chargée de définir et de faire appliquer un certain nombre de règles, aussi précises soient-elles, au sein de l'organisme. La direction doit s'engager concrètement et aller largement au-delà de la déclaration de bonnes intentions.

S'agissant de certification, il va falloir se donner le temps de définir et de mettre en place les exigences qui permettront d'évaluer un organisme dans ces différentes disciplines. Les référentiels des prix qualité et performance (EFQM ou PFQP par exemple) ont, quant à eux, pris une bonne longueur d'avance en la matière.

Dans cet ouvrage, nous ne considérons, pour rester concret, que la certification d'un organisme sur la base de la norme ISO 9001 (management de la qualité au sens restrictif actuel du concept). Mais les règles et les conseils développés ici restent applicables à un autre référentiel et bien évidemment au concept qualité du XXIe siècle – moyennant peut être quelques ajustements – lorsqu'il aura véritablement pris forme.

2

Les enjeux de la certification

Ce qui est vrai pour la certification des systèmes l'est aussi, mais à un moindre degré, pour la certification des produits ou des services et pour la certification des personnes. Si l'on veut faire simple, il faut toujours avoir en ligne de mire les enjeux pour l'organisme et agir en fonction de ces enjeux. Parmi ces enjeux, il en est quatre qui reviennent systématiquement et qui dépendent les uns des autres (*cf.* figure 2.1).

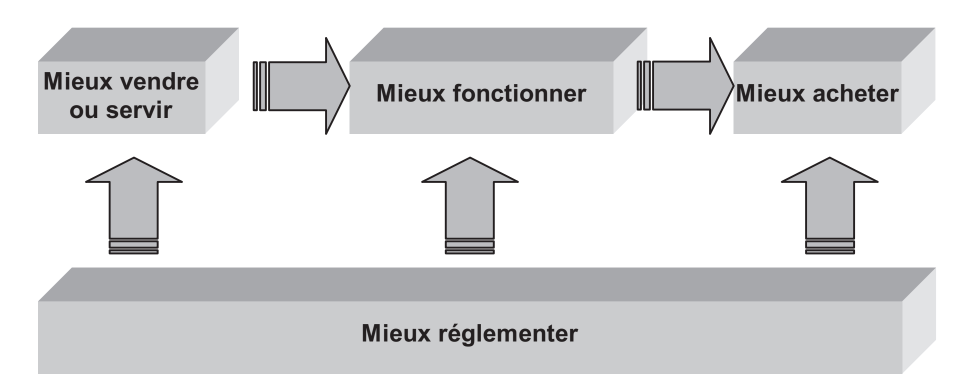


Figure 2.1 Les enjeux permanents d'un organisme

2.1 Mieux vendre ou apporter le meilleur service

Alors que le marché unique européen est aujourd'hui une réalité et que l'on connaît les effets de la mondialisation sur l'intensification de la concurrence entre les entreprises, il s'avère que la qualité est un paramètre majeur de leur compétitivité. Le coût n'est plus depuis longtemps le seul ni même le principal facteur de compétitivité.

Pour mieux s'adapter aux marchés, les organismes doivent prendre en compte les attentes de leurs clients en matière de coûts, de délais et de qualité des produits et services fournis. Pour certains organismes, il y a aussi lieu de prendre en compte les contraintes d'environnement et de sécurité ainsi que, de plus en plus souvent, celles des exigences dans le domaine du développement durable. Les normes de management de la qualité intègrent aujourd'hui une bonne partie de ces contraintes et exigences à travers une orientation client beaucoup plus marquée que dans les versions précédentes des normes qualité. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les normes ISO 9001 et 9004 actuelles qui placent le client au cœur de l'organisme, et qui préconisent un nouveau mode de management pour aboutir à la satisfaction de toutes les parties intéressées (clients, partenaires, fournisseurs, personnel, etc.). Pour la majorité des chefs d'entreprise, la qualité est devenue, de ce fait, un outil au service de la stratégie, car elle est de plus en plus axée sur la satisfaction du client, donc sur sa fidélisation, voire sur la conquête de nouveaux marchés.

Ce qui est vrai pour les entreprises industrielles depuis de nombreuses années l'est devenu plus récemment pour les entreprises ou organismes de services, que ces derniers fassent partie du secteur public ou du secteur privé. Dans bien des cas, le service fourni est directement assimilable à un produit. C'est d'ailleurs ainsi que le ressent celui à qui le service est destiné. On peut citer, à titre d'exemple, la fourniture d'une formation, les transports en commun, mais aussi les services sociaux et médicaux, ou encore la diffusion d'informations par les différents médias.

Lorsqu'il s'agit d'un organisme de service public, on pourrait imaginer que le fait de ne pas avoir à justifier de profits le situe dans un contexte tout à fait différent. Si cela a pu être vrai il y a quelques années, il n'en est plus rien aujourd'hui. En effet, il suffit de constater que les usagers se comportent de plus en plus comme des clients, ce qui conduit tout naturellement l'organisme public à calquer son fonctionnement et son comportement vis-à-vis de ses interlocuteurs externes sur celui de n'importe quelle entreprise privée. Cette

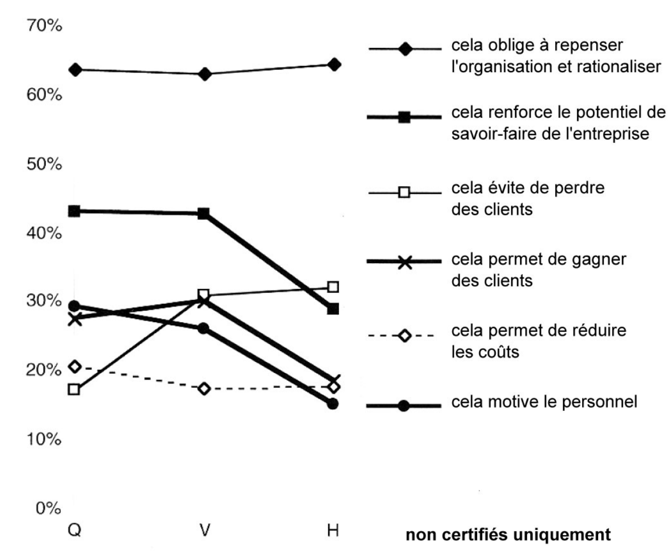
tendance est largement amplifiée par l'ouverture des marchés et donc par l'apparition d'une concurrence importante dans des secteurs jusqu'ici protégés. C'est le cas, par exemple, du secteur des transports ferroviaires, de celui des télécommunications ou encore de celui de la poste. Du point de vue de la qualité, on peut alors considérer qu'il n'y a pas grande différence entre une entreprise industrielle qui fournit des produits matériels et un organisme qui fournit des services ou des prestations immatériels.

Si l'ouverture des marchés, et la concurrence qui en découle, ont souvent des effets bénéfiques sur les prix à la consommation, la question des moyens dont disposent les acheteurs, les consommateurs ou les usagers pour reconnaître et apprécier la qualité des produits et services qui leur sont fournis se pose de plus en plus. La certification est l'un des moyens de cette reconnaissance.

Dans le principe, elle assure aux clients que le produit, la prestation, le procédé ou le système qui leur est fourni présente les caractéristiques attendues ou conformes à un référentiel. Cette assurance est confortée par le fait que la certification est délivrée par des organismes tiers réputés indépendants. Il faut espérer que les organismes certificateurs ont à cœur de faire en sorte que les certificats qu'ils délivrent ne soient pas dévalués par des pratiques peu conformes à ce que l'on pourrait en attendre.

La certification est aussi un excellent moyen pour rendre visibles les efforts réalisés par un organisme en matière de qualité. C'est une des raisons pour lesquelles les organismes certifiés le font largement savoir en apposant un logo de certification sur de nombreux supports (papier à lettres, emballages, affiches, moyens de transport, etc.). L'étude du cabinet Plein Sens, réalisée à la demande de la Digitip-Squalpi (ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie), apporte un éclairage sur les avantages ressentis en interne par différentes catégories d'entreprises (*cf.* figure 2.2).

Souvent, la certification n'est qu'une première étape rapidement suivie d'une autoévaluation à partir d'un référentiel tel que celui du Prix français de la qualité et de la performance ou de l'EFQM (*European Foundation for Quality Management*) et, dans quelques cas, par la participation à un concours pour l'obtention d'un prix.



Modes de production
Q : production en quantité d'un ou de quelques produits bien définis ;
V : produits dont la fabrication nécessite des technologies et des matériaux variés ;
H : production en petites séries pour laquelle le savoir-faire est prépondérant.

Figure 2.2 Avantages d'une certification, ressentis par une entreprise[3]

2.2 Mieux acheter

Tout le monde sait qu'acheter en gros coûte moins cher qu'acheter au détail. Il est donc souhaitable, lorsque cela est possible, que l'organisme s'organise pour grouper ses achats dans le temps, mais aussi en coordonnant les achats des différentes unités qui le composent. On pourrait croire que cela est fait systématiquement, or, apparemment, cela n'est pas encore toujours le cas dans les entreprises françaises.

---

[3] Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, *La qualité dans l'industrie française – Conceptions et stratégies*, les Éditions de l'industrie, collection Études, 2001, p. 49.

> « Chaque division achetait ses ordinateurs, j'ai mis fin à cela en créant cette fonction [la direction des Achats]. Les résultats ne se sont pas faits attendre : par exemple, en négociant un peu, le tarif sur les billets d'avion pour le Japon a diminué de 50 %. »[4]

Les groupements d'achats sont aujourd'hui chose courante pour les grands magasins et les grandes surfaces, mais il existe aussi quelques expériences d'achats groupés réalisés par des entreprises petites ou moyennes.

Il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine. Pour que cela soit possible, il faut arriver à mettre en place des règles communes, en particulier en ce qui concerne les relations avec les fournisseurs et surtout les exigences en matière de qualité, de délai et de conditions de mise à disposition. Pour bien acheter, il faut donc se donner les moyens de choisir au mieux ses fournisseurs. La norme ISO 9001 (2008) est tout à fait explicite sur ce sujet :

> « L'organisme doit évaluer et sélectionner les fournisseurs en fonction de leur aptitude à fournir un produit conforme aux exigences de l'organisme. Les critères de sélection, d'évaluation et de réévaluation doivent être établis. »

Ainsi, pour toute fourniture requérant l'application d'un système qualité, le fournisseur retenu doit avoir été agréé sur la base de sa capacité à répondre aux exigences applicables (capacité technique, système de management de la qualité, situation juridique et financière) tant dans le cadre de ses propres activités que dans celles de ses sous-traitants.

Si l'on imagine aisément que de grandes sociétés puissent définir et mettre en œuvre des systèmes assez complets permettant de délivrer des agréments à leurs fournisseurs, cela devient plus délicat pour de petites et moyennes entreprises. En effet, une évaluation d'un fournisseur a un coût directement proportionnel à la complexité des critères de sélection retenus. De plus, il faut disposer d'un personnel compétent pour procéder à cette évaluation. En l'absence de moyens, les organismes tendent à définir des critères dont l'application est simple à vérifier, ce qui conduit souvent à vider l'évaluation de tout son sens.

Pour atténuer ces difficultés, certains mouvements français régionaux pour la qualité et la performance ont créé des clubs d'auditeurs qui permettent de mutualiser les moyens (auditeurs) pour réaliser des audits qualité, environnement,

---

4 Anne Lauvergeon (PDG de AREVA), propos recueillis par Jean-Yves Guérin, *Le Figaro Entreprises*, 21 mai 2002.

sécurité, etc., internes. Sous certaines conditions (confidentialité, accord de l'organisme audité) les audits ainsi réalisés peuvent constituer un élément essentiel de l'évaluation d'un fournisseur.

Dans le même ordre d'idée, baser une évaluation de fournisseur sur les conditions et les résultats d'une certification peut être d'un grand intérêt. Les PME qui ne sont pas en mesure (coût et moyens) de mettre en œuvre un système d'agrément de leurs fournisseurs pourront se baser sur les résultats des audits de certification pour délivrer leurs agréments.

De la même façon, la certification est, pour certains organismes qui ont un nombre important de fournisseurs, un moyen pour limiter ou simplifier l'évaluation, voire la surveillance qu'ils se doivent d'exercer sur ces fournisseurs. En effet, dans la mesure où l'on fait confiance à un organisme certificateur, le résultat de ses audits peut constituer une pièce maîtresse du dossier d'agrément.

Ces dispositions ne sont pas généralisables. Beaucoup d'entreprises souhaitent pouvoir suivre l'agrément de leurs fournisseurs au travers de la réalisation des commandes qu'elles leur passent.

> « […] la certification nous apporte une présomption de bons résultats, mais l'essentiel est d'avoir l'assurance que le système d'un fournisseur fonctionne bien sur le produit qu'il fera pour nous. Une reconnaissance globale comme l'ISO 9000, c'est bien, mais nous voulons nous assurer que notre fournisseur est organisé pour bien produire notre produit spécifique. »[5]

Mais le client n'est pas le seul à pouvoir tirer bénéfice de l'utilisation de la certification. Un fournisseur qui doit être agréé par plusieurs clients peut faire valoir sa certification pour éviter de se soumettre à autant d'audits qu'il a de clients. Certaines branches de l'industrie ont d'ailleurs mis en place, en dehors du système de certification, une reconnaissance par plusieurs donneurs d'ordre des résultats d'audits réalisés par l'un d'entre eux chez un fournisseur commun.

---

5 Gérard Mattern (directeur du service de la qualité à la Direction des programmes, méthodes d'acquisition et qualité de la DGA), « La qualité ancrée dans la culture », in *Qualité en mouvement* n° 45, juillet/août 2000, p. 55.

2.3 Mieux fonctionner

Comment réduire les frais de fonctionnement et comment éviter les dysfonctionnements qui coûtent cher ? Voilà deux questions que tout responsable d'un organisme est conduit à se poser régulièrement. Or, si aujourd'hui un nombre important de solutions est proposé aux dirigeants pour faire face à ces deux problèmes récurrents, il s'avère que l'efficacité de ces solutions n'est pas toujours démontrée.

Le management de la qualité à travers la norme ISO 9001 (2008) met l'accent sur deux éléments essentiels pour l'amélioration du fonctionnement d'un organisme : la maîtrise des interfaces par une approche processus et l'amélioration permanente de l'efficacité des tâches, bien sûr, mais surtout des processus et du système de management de l'organisme.

> « La mise en exergue des processus de l'organisme conduit tout naturellement à s'intéresser à leur efficacité et, par conséquent, à mettre en place des structures adaptées qui donneront plus d'autonomie et de responsabilité aux acteurs d'un processus. Il va de soi que faire sienne une approche processus pour améliorer le fonctionnement et les résultats de l'organisme suppose que l'organisation mise en place soit évaluée en permanence et le cas échéant ajustée. Cette organisation doit donc faire l'objet d'un suivi particulier par le management de l'organisme. Dans le cadre d'une approche processus, l'organisation est plus facilement maîtrisée car elle a un lien direct avec le produit ou le service. Rappelons, en effet, qu'un processus n'a d'existence que s'il a comme résultat un produit ou un service destiné à un ou des clients identifiés (clients internes ou externes). La maîtrise du produit suppose donc la maîtrise du processus. »[6]

Mais mieux fonctionner, c'est aussi créer les conditions qui font que chaque individu dans l'organisme se sente investi d'une responsabilité individuelle et d'une responsabilité collective.

> « Pour mobiliser l'intelligence collective, il y a un principe simple : je me donne, mais je me garde. »[7]

---

6 Michel Cattan, *Guide des processus Passons à la pratique*, AFNOR Éditions, 2008.

7 Érik Orsenna, propos recueillis par Mohammed Aïssaoui, « Mobiliser l'intelligence collective pour faire avancer l'entreprise », in *Le Figaro Entreprises*, 21 mai 2002.

2.4 Mieux réglementer

Le cas de la santé, et plus particulièrement des hôpitaux, illustre bien le besoin de plus en plus grand d'une réglementation en matière de qualité de service. Si, dans ce domaine, les professionnels ont très tôt ressenti le besoin de se fixer des règles, ils sont en permanence soumis à de nouvelles exigences. Ainsi, sans vouloir remonter trop loin dans le temps, on peut citer quelques exemples significatifs.

La réforme hospitalière qui fait l'objet de la loi du 31 juillet 1991 fixe plusieurs dispositions relatives à l'évaluation de la qualité des soins :

> « Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins, et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficience. »

En 1995, une nouvelle action fut lancée en faveur du développement de la recherche pour des programmes d'assurance de la qualité à l'hôpital. Mais comme le souligne Jacqueline Blondel, responsable de la branche Santé du Mouvement français pour la qualité (MFQ) :

> « Les professionnels de santé sont soumis à un nombre incalculable d'exigences et de mises en conformité pour répondre aux textes réglementaires, cela dans tous les domaines. Il leur manquait une démarche transversale, fédératrice et simplificatrice. »[8]

L'accréditation instituée par les ordonnances Juppé en 1996 vise à développer des démarches qualité plus globales au sein des hôpitaux.

> « L'adoption de la loi du 2 janvier 2002 régissant le secteur social et médico-social a introduit un certain nombre d'avancées. L'enjeu de la loi est de placer l'usager au cœur du dispositif en lui reconnaissant des droits : respect de la dignité, libre choix entre prestations à domicile ou en établissement, accompagnement individualisé et de qualité respectant le consentement éclairé, confidentialité des données personnelles, accès à l'information, participation au projet d'accueil et d'accompagnement… Parmi les nouveaux dispositifs de la loi, figure une obligation pour les structures sociales et médico-sociales d'évaluer la qualité de leurs prestations. Une autoévaluation doit être réalisée en interne tous les 5 ans et une évaluation externe doit être faite tous les 7 ans par un organisme extérieur. »[9]

---

8 Jacqueline Blondel, propos recueillis par Élisabeth Ballery, « L'hôpital à l'heure du tournant », in *Qualité en mouvement,* n° 42, novembre/décembre 1999, p. 20.

9 http://www.afnor.org/sante/medico_social/medico_social_evaluer_les_pratiques.html ; Le médico-social – *Évaluer les pratiques,* 2008.

Les exemples de ce type ne manquent pas dans la plupart des secteurs industriels.

Mais la réglementation tend également à sécuriser les clients et les usagers.

En effet, le fait que des règles existent et que des entités soient en charge de vérifier leur application rassure, même si l'on sait parfaitement que cette vérification n'est pas exhaustive. Encore faut-il que la réglementation soit accessible et compréhensible pour qu'elle ait un effet psychologique positif.

3

Les acteurs de la certification

Le processus de certification met en scène trois acteurs principaux : l'organisme certificateur, l'organisme accréditeur et l'organisme qui demande à être certifié. On pourrait aussi citer l'organisme de normalisation car une grande partie des certifications est fondée sur des référentiels qui sont des normes.

3.1 L'accréditation

En France, l'organisme accréditeur officiel est le COFRAC (Comité français pour l'accréditation) ; c'est lui qui délivre leur accréditation aux organismes certificateurs.

L'accréditation vise à garantir l'impartialité des organismes de certification, la validité de leurs processus et leurs compétences.

Dans le principe, l'accréditation est un choix et non une obligation. Mais rares sont les organismes certificateurs sérieux qui ne cherchent pas à obtenir une accréditation.

> « Accréditation : procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques. »[10]

Il ne s'agit plus ici de s'assurer uniquement de la bonne application d'une norme et de ce que l'organisme examiné dispose d'une organisation adéquate, mais de vérifier aussi que l'organisme dispose des compétences techniques dans un domaine donné.

L'obtention d'une accréditation passe par l'application d'un processus bien défini qui comprend quatre phases : analyse de la demande, évaluation, décision et accréditation proprement dite (*cf.* figure 3.1).

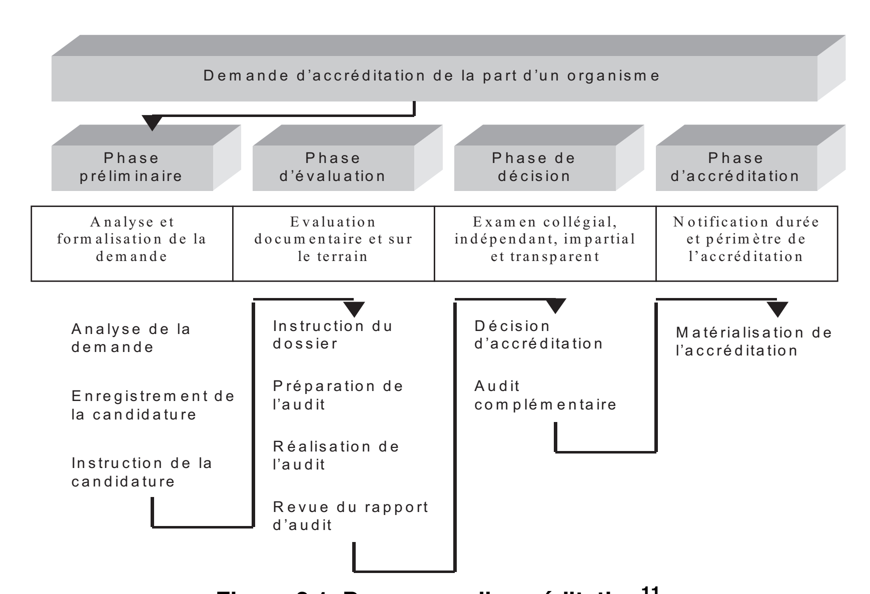


Figure 3.1 Processus d'accréditation[11]

La demande d'accréditation faite par un organisme doit préciser :

– la portée d'accréditation souhaitée, à savoir le ou les domaines pour lesquels l'activité de certification de l'organisme demande à bénéficier de l'accréditation ;

---

10 *ISO/IEC GUIDE* : 1996, §12.11.

11 COFRAC, *Processus d'accréditation*, document n° 4110, révision 3 janvier 2000.

- le périmètre d'accréditation qui complète la portée de l'accréditation par l'indication du ou des secteurs géographiques où les activités de certification sont exercées.[12]

3.2 L'organisme certificateur

Il est chargé de délivrer le certificat qui est la confirmation de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité conforme au référentiel choisi par l'organisme candidat à la certification.

On distingue deux types de certifications :

- la certification par seconde partie ; dans ce cas, le donneur d'ordre (généralement un grand acheteur) procède, pour son propre compte, à l'évaluation du système de management de son fournisseur. Cette évaluation se traduit au moins par un agrément interne et, plus rarement, par la délivrance complémentaire d'un certificat qui sera « mis sur la place publique ». À noter que le donneur d'ordre n'est que très exceptionnellement accrédité.
- la certification tierce partie ; dans ce cas les auditeurs sont indépendants des clients et de l'organisme audité. L'organisme tiers atteste que l'organisation qualité examinée satisfait aux exigences d'une norme.

Beaucoup de donneurs d'ordre ont pu alléger le processus d'agrément de leurs fournisseurs en prenant en compte dans ce processus le résultat des certifications délivrées par un organisme tiers.

Parmi les organismes certificateurs tierce partie de systèmes de management de la qualité les plus importants en France, nous pouvons citer :

- AFAQ (Association française pour l'assurance de la qualité) ;
- Groupe AFNOR (Association française de normalisation) ;
- BVQI (Bureau Veritas international) ;
- LRQA (*Lloyd's Register Quality Assurance*) ;
- DNV France (*Det Norske Veritas*) ;
- etc.

---

12 *Ibid.*

Bien qu'en s'adressant aux organismes de certification ayant une accréditation COFRAC on ait de fortes chances d'obtenir une prestation de qualité, il faut demeurer vigilant et ne pas considérer que tous les organismes se valent. Chaque organisme certificateur a son propre processus de certification, et même si tous ces processus se ressemblent, ils peuvent présenter des différences significatives. L'accréditation du COFRAC ne conduit pas automatiquement à une uniformité des pratiques. De plus, il arrive que la course au contrat et la concurrence, sur un marché qui est de plus en plus difficile après avoir été en forte expansion, conduise à des excès et à des entorses aux règles établies.

Les règles déontologiques des organismes certificateurs leur interdisent, par exemple, de certifier un organisme qu'ils ont conseillé dans leur démarche de mise en œuvre d'un système de management de la qualité. Ce principe, tout à fait louable, est malheureusement trop souvent contourné. En effet, les contrôles et les sanctions étant exceptionnelles, il existe parfois des accords de réciprocité entre deux entreprises de conseil, l'une conseillant sur la démarche et l'autre fournissant l'auditeur pour la certification.

> « Nous recevons régulièrement des plaintes concernant des certificats qui sont décernés sans mérite à des entreprises qui n'ont pas été correctement auditées, ou des organismes de certification qui proposent de rédiger le manuel qualité de l'entreprise pour lui vendre ensuite le certificat, ou encore d'autres organismes qui prétendent avoir été approuvés par l'ISO. »[13]

Concernant la confusion des genres entre conseil et certification, il serait souhaitable que soit appliquée et généralisée une règle analogue à celle qui est en vigueur dans le secteur automobile : un organisme de certification apparenté à un organisme de conseil ne peut intervenir moins de deux ans après l'intervention de ce dernier.

> « En ce qui concerne le conseil, le message d'AFAQ est très clair : on ne peut être juge et partie. »[14]

Pour certains organismes de certification, les auditeurs font partie du personnel permanent de l'organisme. D'autres organismes utilisent largement les prestations d'auditeurs appartenant à des sociétés de conseil, à des auditeurs indépendants ou à des employés de sociétés industrielles ou de services. La

---

13 Lawrence D. Eicher (Secrétariat général de l'ISO), *Qualité références*, janvier 2002, p. 4.

14 Propos recueillis par Martin de Halleux, « Certification ISO 9000 – Les politiques d'audit des organismes certificateurs », in *Qualité références*, avril 2002, p. 28.

séparation totale entre conseil et certification devient dans ces conditions très difficile à contrôler. Et puis, soyons clairs, ne doit-on pas assimiler l'audit à blanc ou de pré-certification, fortement suggéré par les organismes certificateurs, à du conseil ?

On l'aura compris, ce sont les compétences dans le domaine audité et le savoir-faire de l'auditeur qui contribuent pour l'essentiel à la qualité de la certification. Or on constate que les modalités actuelles de formation et de qualification des auditeurs ne donnent pas toujours, loin s'en faut, les résultats que l'on pourrait en attendre. Trop d'auditeurs font une lecture exclusivement procédurière et théorique de la norme sans admettre que chaque organisme est en droit (et se doit) de définir des modalités d'application des exigences de la norme qui correspondent à son domaine d'intervention et à sa culture. Il appartient à l'organisme candidat à la certification de demander à ce que l'auditeur soit remplacé s'il ne possède pas l'expertise suffisante.

3.3 L'organisme candidat à la certification

C'est encore aujourd'hui le plus souvent une entreprise industrielle. Ceci est dû en grande partie au fait que les normes ont été pendant longtemps davantage adaptées à ce secteur qu'à tout autre. Cela vient aussi de ce que les grands donneurs d'ordre ont considéré que la certification était un bon moyen de s'assurer de la qualité des systèmes d'assurance de la qualité mis en œuvre par leurs fournisseurs. Cette exigence des donneurs d'ordre ayant fait boule de neige, elle explique en partie la proportion importante de certificats délivrés dans le secteur industriel.

Plus récemment, les entreprises de service se sont mises sur les rangs et l'on peut penser qu'elles rattraperont petit à petit leur retard.

Dans le domaine public et administratif, l'application de systèmes de management de la qualité est encore rare et, *a fortiori*, les certifications peu nombreuses, même si la mise en œuvre de systèmes de management de la qualité n'est plus une exception.

Enfin, il faut noter que, dans un certain nombre de cas, le processus de certification n'est pas adapté, comme par exemple pour les très petites entreprises de services ou encore pour les *start-up* et la plupart des entreprises dites de la nouvelle économie. Ces organismes sont en constante évolution et ne peuvent pas se plier au rythme de la certification qui est assez lent. Cela ne doit en rien

empêcher ces organismes de définir et de mettre en œuvre un système de management de la qualité qui leur soit adapté. Une démarche qualité est toujours utile pour éviter les réveils douloureux.

S'il n'est pas du tout sûr que tout organisme briguera un jour une certification, cela ne présenterait d'ailleurs aucun intérêt, il faut espérer que tout organisme, quel que soit le secteur dont il dépend, s'intéressera au management *de* la qualité et plus encore au management *par* la qualité.



Le défi

Michel, Éric, Maguy et Thierry ont passé ensemble la plus grande partie de leur enfance. Puis, chacun ayant pris une orientation différente, ils se sont petit à petit perdus de vue.

Après des études scientifiques, Michel est aujourd'hui directeur de la qualité d'une grande entreprise d'ingénierie. Éric dirige un laboratoire de recherche dans le domaine des matériaux. Maguy est responsable d'un établissement de santé publique. Quant à Thierry, il est à la tête d'une société de service dans le domaine du conseil et de la formation.

C'est par pur hasard qu'ils se sont retrouvés, une quinzaine d'années après s'être perdus de vue, à l'occasion d'un de ces nombreux congrès traitant « du » sujet à la mode : le management de la qualité. Comme on peut s'en douter, ces retrouvailles n'ont pas été sans lendemain : rendez-vous fut pris pour le week-end suivant sur un parcours de golf.

Après quelques seaux de balles pendant lesquels leur vie de famille respective fut passée en revue, ils en arrivèrent assez rapidement à parler boulot.

La marche entre les trous successifs du parcours de golf fut l'occasion pour chacun d'entre eux de faire état de ses soucis et de ses satisfactions. Nos quatre amis, comme la plupart des gens, n'échappent pas à la règle commune qui veut que, selon sa nature, ce sont les soucis qui sont longuement exposés (Éric et Maguy) ou à l'inverse l'autosatisfaction qui est au centre des pensées (Michel et Thierry).

Très vite, c'est le système de management de la qualité, thème largement abordé lors du congrès auquel ils ont assisté, qui devient le sujet central de leur discussion. Michel, le directeur de la qualité, sûr de sa compétence et de son professionnalisme, n'y étant pas pour rien.

Au neuvième trou, les esprits s'étant passablement échauffés, le débat est devenu quelque peu houleux, car chacun y allait de ses critiques sur les méthodes et les choix faits par les autres en matière de management d'un système qualité, d'assurance de la qualité, de qualité totale, mais peut-être s'agissait-il de qualité du management. On l'aura compris ne parlant pas de la même chose, il y avait peu de chances qu'ils s'entendent.

Au dix-huitième trou, les invectives et les noms d'oiseaux fusaient. Ils étaient à deux doigts de se séparer pour ne plus se revoir pendant une dizaine d'années, lorsque Michel leur proposa un défi : lequel d'entre eux réussira, le premier et dans les meilleures conditions, à faire certifier selon la version 2008 de la norme ISO 9001, le système de management de la qualité de l'organisme au sein duquel il exerce une responsabilité.

Après un moment d'hésitation, ils se mettent d'accord sur le principe d'un tel défi et décident de se retrouver une semaine plus tard pour en préciser les règles.

Tableau 3.1 Le défi – Les organismes représentés

Michel : société d'ingénierie	**Éric : laboratoire de recherche**	**Maguy : centre d'accueil**	**Thierry : cabinet de conseil**
Principales activités/missions			
La pétrochimie, et plus précisément : – l'ingénierie (cœur de métier) ; – les équipements industriels pour la fabrication de composants sensibles ; – la fourniture de services tels que la maintenance des installations. <u>Statut</u> Société anonyme.	Recherche dans le domaine des matériaux, pour la mise au point de couches minces destinées à la fabrication des microprocesseurs. <u>Statut</u> Le laboratoire dépend du ministère de l'Éducation nationale. Il est rattaché à l'université d'Orsay. En dehors de quelques subventions de l'État, l'essentiel des revenus du laboratoire provient de contrats de recherche et développement passés avec des entreprises privées.	Établissement qui accueille en urgence des enfants en grande difficulté. La mission des éducateurs de l'établissement est d'observer l'enfant au cours de son séjour pour pouvoir décider de son orientation : – famille d'accueil (accueil provisoire ou placement judiciaire) ; – foyer spécialisé ; – retour dans sa famille « naturelle ». Les éducateurs travaillent en étroite collaboration avec les juges pour enfants, le Conseil général et, quand cela est possible, les familles. La capacité d'accueil de ce centre est de 90 enfants ou adolescents, de moins d'un an à 18 ans. <u>Statut</u> Établissement public rattaché au ministère de la Santé.	– Le conseil en organisation et en management des entreprises ; – le conseil en qualité (produit, système, management, qualité totale, etc.) ; – la formation, dans tous les domaines couverts par le conseil ; – l'organisation de séminaires et conférences. <u>Statut</u> Société anonyme.

Tableau 3.1 Le défi – Les organismes représentés (suite)

Michel : société d'ingénierie	**Éric : laboratoire de recherche**	**Maguy : centre d'accueil**	**Thierry : cabinet de conseil**
Effectifs			
15 000 personnes réparties de la façon suivante : – 60 % en ingénierie ; – 20 % pour les équipements industriels ; – 15 % pour les services ; – 5 % pour les activités diverses.	140 personnes installées sur deux sites : Bordeaux et Orsay. Viennent s'y ajouter en moyenne une dizaine d'étudiants en préparation de thèse.	Le personnel de l'établissement varie entre 40 et 45 personnes selon les périodes. L'établissement est en sous-effectif chronique. Il lui faudrait une dizaine de personnes de plus pour pouvoir fonctionner dans des conditions satisfaisantes.	120 personnes constituent l'effectif de base de l'organisme, auxquelles peuvent se joindre selon les périodes de 20 à 50 vacataires. Les vacataires interviennent pour l'essentiel dans le domaine de la formation et des séminaires.
Budget/chiffre d'affaires/financement			
Chiffre d'affaires en 2008 : 3 milliards d'euros.	Budget 2008 : 30 millions d'euros.	Financement : Le financement est assuré par le Conseil régional, le Conseil général et pour une faible part par le ministère.	Chiffre d'affaires en 2008 : 25 millions d'euros.

Tableau 3.1 Le défi – Les organismes représentés (fin)

Michel : société d'ingénierie	**Éric : laboratoire de recherche**	**Maguy : centre d'accueil**	**Thierry : cabinet de conseil**
Situation de l'organisme en matière de qualité			
– 1976 : Développement des fonctions de contrôle et de surveillance. – 1979 : Premier manuel d'assurance de la qualité. – 1984 : Mise en œuvre d'un système d'agrément des fournisseurs. – 1988 : Mise en cohérence des systèmes des différents établissements. – 1991 : Refonte du système d'assurance de la qualité pour mise en conformité avec ISO 9001. – 1993 : Engagement d'une démarche en vue de la certification ISO 9001. – 1995 : Certification ISO 9001. – 1999 : Lancement d'une démarche de qualité totale.	De par son activité, le laboratoire a acquis une très bonne expérience en ce qui concerne la qualité liée à la recherche et au développement. Il n'a cependant pas défini de procédures particulières. La rigueur requise pour l'utilisation de salles blanches et de certains appareils nécessitant des réglages précis a permis d'assurer le bon fonctionnement du laboratoire. Le besoin d'un système de management de la qualité ne s'est pas fait sentir jusqu'ici.	L'assurance de la qualité et le management de la qualité n'ont pas, jusqu'à présent, été une priorité pour cet établissement. La question commence cependant à se poser dans la mesure où de nombreuses contraintes légales et réglementaires pèsent sur le déroulement de la prestation. De plus, les préoccupations en matière de sécurité ont fait naître le besoin de règles. La notion de procédures a été évoquée, notamment à l'occasion du doublement de la capacité d'accueil du centre.	Compte tenu de son activité, cet organisme réunit de très grands spécialistes, en particulier en matière de qualité. Certains d'entre eux sont même connus pour avoir défini des méthodes et des outils, et d'autres pour avoir écrit de nombreux ouvrages sur le sujet. Mais peu d'entre eux ont une expérience pratique de l'entreprise ; ils n'ont pas vraiment imaginé que les règles qu'ils enseignent pouvaient s'appliquer à l'organisme dans lequel ils travaillent. L'organisme ne dispose donc pas d'un système de management de la qualité.

4

Les différentes certifications

Si les personnes non averties ont quelques difficultés à s'y retrouver parmi les différents types de certification, c'est en partie parce que les domaines couverts par ces certifications ne sont pas totalement indépendants les uns des autres.

Il faut bien reconnaître qu'il est facile de se perdre dans la diversité des types de certifications. Pour l'essentiel, les finesses qui permettent de faire des distinctions sans se tromper ne concernent que les professionnels et quelques personnes averties. Ce n'est pas le consommateur de base qui s'intéresse vraiment à la signification de la certification dont son déménageur fait état sur son papier à lettres. Dans la pratique, il lui suffit de savoir que le déménageur choisi est certifié, alors que les autres déménageurs consultés ne l'étaient pas. Nous avons pour la plupart d'entre nous tendance à faire confiance quand on nous présente un imprimé avec de beaux cachets et, cerise sur le gâteau, plusieurs signatures. On ne se préoccupe pas de la signification de ces cachets, logos et signatures.

Il faudrait bien plus d'un chapitre pour détailler toutes les particularités des multiples sortes de certification. Il s'agit simplement ici de faire la distinction entre trois types de certification : la certification de produits et de services, la certification des personnes et enfin la certification des systèmes de management,

sachant toutefois que nous nous intéressons dans la suite de l'ouvrage à la seule certification d'un système de management.

4.1 La certification de produits ou de services

> « Constitue une certification de produit ou de service l'activité par laquelle un organisme, distinct du fabricant, de l'importateur, du vendeur ou du prestataire, atteste à la demande de celui-ci qu'un produit ou un service est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel et faisant l'objet de contrôles. »[15]

Paradoxalement, la norme ISO 9000 (2005) ne donne pas la définition de ce qu'est un référentiel, et ce n'est pas la définition que l'on trouve dans le Petit Robert qui nous éclaire beaucoup : « Système de référence ».

S'agissant de produits ou de services industriels, le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie en donne la définition suivante :

> « Un référentiel est un document technique définissant les caractéristiques que doit présenter un produit ou un service et les modalités de contrôle de la conformité du produit ou du service à ces caractéristiques. »[16]

Nous verrons par la suite que, sans chercher à donner une définition académique de ce terme, il faudra définir précisément son contenu.

La certification des produits industriels et des services est encadrée, en France, par le Code de la consommation.

4.1.1 Les produits

Parler de certification d'un produit est un raccourci car il s'agit plus exactement de la certification d'un couple produit-fournisseur qui comporte, dans une grande majorité de cas, deux volets :

- la conformité du produit à une norme ou à une spécification technique, qui est généralement vérifiée sur des échantillons par des laboratoires spécialisés ;

---

15 Art. L 115-27 de la loi du 3 juin 1994 relative à la certification des produits industriels et des services.

16 Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie – Squalpi, *La certification des produits industriels et des services en 7 questions*, septembre 2001, p. 4.

- la capacité de la chaîne de production à assurer de manière régulière la production en série du produit conforme à la norme ou à la spécification. Cette capacité est vérifiée par une visite en usine d'experts de l'organisme certificateur ; elle implique à la fois des aspects techniques et des aspects organisation et méthodes.
- L'organisme certificateur atteste que l'entreprise met en œuvre les moyens propres à assurer de manière régulière la production du produit conformément à une norme ou à une spécification.
- Les critères sur lesquels est basée la certification sont essentiellement des critères techniques (fiabilité, disponibilité, sûreté, etc.) qui permettent de vérifier la conformité du produit aux exigences de la norme ou de la spécification de besoin. Mais ces critères peuvent aussi prendre en compte des éléments tels que l'ergonomie ou encore la qualité perçue par le client.

La certification de ce type la plus connue en France est la marque NF (NF) qui délivre la majorité des certificats. À noter qu'en dehors de la marque NF, il existe une bonne vingtaine de marques en France. Citons, par exemple, le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) qui délivre des certifications pour les produits de construction.

Au-delà des certifications, le plus souvent nationales, il existe d'autres notions telles que le marquage CE (CE), obligatoire pour les produits relevant d'une directive européenne, qui atteste la conformité des produits aux exigences des directives communautaires et leur permet de circuler librement en Europe. Contrairement à une idée largement répandue, un marquage CE n'est pas un label de qualité. Il n'est pas attribué pour guider le consommateur dans ses choix.

4.1.2 Les services

La certification de services, beaucoup plus récente que la certification de produits, relève des mêmes principes. Comme pour les produits, la certification de services se fait à partir d'un engagement de résultat.

On distingue deux approches qui répondent aux attentes des organismes mais aussi, et peut-être surtout, à une stratégie des organismes certificateurs.

C'est ainsi que certains organismes s'orientent vers le développement de référentiels monoentreprise et que d'autres vont privilégier un seul et même référentiel pour un secteur d'activité.

> « Le BVQI développe une activité de certification de services qui permet de certifier une activité sur la base d'un référentiel spécifique. On peut citer trois exemples significatifs : la certification d'entreprises générales du bâtiment ; la certification d'organismes faisant appel à la générosité du public ; la certification d'entreprises de recyclage et de récupération. »[17]

SGS-ICS a créé, quant à lui, un référentiel pour la certification des courtiers en assurances.

Lorsque le référentiel est une norme, une marque NF peut être délivrée. On peut citer par exemple les marques NF Service transport de voyageurs, Service formation continue, Service pépinières d'entreprises, Service entreprises privées de prévention et de sécurité, etc. L'élaboration d'un tel référentiel se fait en deux temps. La première étape consiste en l'élaboration d'une norme par l'AFNOR (en France) qui aboutit soit à une norme dite « expérimentale », qui sera revue dans l'année si le besoin s'en fait sentir, soit à une norme dite « homologuée » qui sera revue au bout de cinq ans. Cette norme, quel que soit son état, est alors soumise à un comité qui est chargé d'élaborer des règles de mise en application ou plus précisément un « règlement de certification » qui sera publié au *Journal officiel*.

Mises à part les particularités concernant l'établissement des référentiels, il n'existe pas de grandes différences concernant le processus de certification d'un service et le processus de certification d'un produit. Comme pour les produits, on constate que la démarche de certification d'un service est complémentaire d'une démarche de certification de système.

On rencontre différentes stratégies d'entreprise à propos de la certification de services. Pour certains, ce type de certification n'est qu'une étape vers la certification de système selon la norme ISO 9001. Pour d'autres, au contraire, il faut chercher à obtenir une certification selon la norme ISO 9001 et la compléter ensuite par une certification de services. Tout va donc dépendre de la nature de l'organisme, mais aussi, pour certains métiers, du niveau de la certification de services adéquate. Pour écarter tout dilemme, des organismes certificateurs proposent une certification simultanée services-système.

---

[17] *Certification ISO 9000*, AFNOR (ouvrage collectif avec mises à jour), octobre 2001, partie IX, chapitre 62, p. 2 et 3.

> « La certification de services est en croissance. Nous allons fidéliser nos clients déjà certifiés ISO 9000, en leur proposant de la certification de services. Nous proposons un guichet unique. »[18]

4.2 La certification des personnes

Ce type de certification est délivré pour attester de la compétence d'une personne pour remplir une fonction ou exécuter une tâche donnée, au regard de critères préétablis.

La certification des personnes n'est pas à ce jour très développée et ne fait pas encore partie, sauf cas particulier, des priorités des organismes. Néanmoins, il faut bien reconnaître que cela apparaîtra, à courte échéance, comme un complément indispensable des certifications produits, services et systèmes. Il suffit pour s'en convaincre de voir la place de plus en plus importante que tient la compétence des personnes dans le bon déroulement d'un processus. Il ne faut pas espérer un management de la qualité efficace sans une bonne maîtrise des compétences.

À noter que l'AFNOR a publié un fascicule de documentation dans lequel les différentes composantes de la compétence sont analysées et des pistes y sont fournies pour assurer la maîtrise des compétences[19].

4.2.1 De la formation à la compétence

La norme ISO 9000 (2005) définit la compétence de la façon suivante :

> « Aptitude démontrée à mettre en œuvre des connaissances et savoir-faire. »

Alors que la version de 1994 de la norme ISO 9001 ne prenait en compte que les connaissances (la formation) :

> « Le fournisseur doit établir et tenir à jour des procédures écrites permettant d'identifier les besoins de formation et de pourvoir à la formation de toutes les personnes chargées d'une activité ayant une incidence sur la qualité »,

---

18 Jacques Roy (BVQI), *Qualité références*, avril 2001, p. 100.

19 FD X 50-183 (2002), *Outils de management – Ressources humaines dans un système de management de la qualité – Management des compétences.*

La version 2000, puis 2008, s'intéresse dans son paragraphe 6.2 à la compétence (le savoir-faire) :

> « Le personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la conformité aux exigences relatives au produit doit être compétent sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience. »

Nous sommes ainsi passés d'une gestion de la formation à un management des compétences (*cf.* figure 4.1).

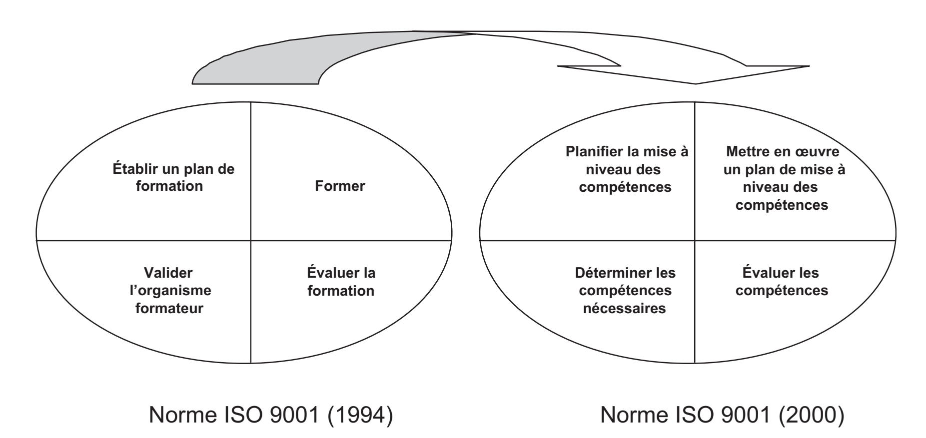


Figure 4.1 Le PDCA[20] de la gestion de la formation et du management des compétences

Il ne s'agit donc plus de s'intéresser uniquement aux diplômes obtenus par une personne, mais de tenir compte de l'expérience acquise au cours de sa carrière. Il est symptomatique de constater que la législation évolue dans ce sens, à la grande satisfaction des salariés qui sont demandeurs de cette reconnaissance.

4.2.2 Les enjeux de la certification des personnes

Les enjeux sont bien évidemment multiples. Ils sont aussi bien d'ordre social que commercial ou tout simplement d'ordre qualitatif.

Il est aujourd'hui totalement acquis que formation et savoir-faire sont deux ingrédients essentiels au bon fonctionnement d'un organisme, mais aussi deux éléments indispensables au développement et à la satisfaction de l'individu.

20 PDCA : Plan, Do, Check, Act (roue d'amélioration de la qualité de Deming).

Ce qui pousse aussi au développement des certifications de ce type, c'est la demande de plus en plus pressante de la part des donneurs d'ordre de faire la preuve que les personnes qui travailleront sur leurs projets ou commandes ont bien toutes les compétences requises (*cf.* figure 4.2).

Actuellement, on parle beaucoup de la certification dans les métiers de la qualité (auditeurs ou responsables qualité) ou dans certains métiers nécessitant une qualification reconnue (le domaine des hautes technologies par exemple). Il ne faudrait pas que les réflexions s'arrêtent à ce domaine, car c'est essentiellement pour tous les métiers à risques que la question se pose et se posera avec encore plus d'acuité.

Les attentes de l'organisme

- Prise en compte des évolutions de l'environnement.
- Plus grande mobilité et plus de flexibilité.
- Adaptation aux nouvelles technologies (de l'information, par exemple).
- Évolution sociale, nouveaux droits des salariés (35 heures, droits à la formation, etc.).

Les attentes des clients

- Plus d'expertise.
- L'assurance de la qualité.
- La prise en compte des nouvelles exigences (risques, environnement, etc.).
- La maîtrise des processus.

Les attentes du personnel

- Faire face aux évolutions du marché de l'emploi.
- Permettre le développement personnel et professionnel.
- Prendre en compte le savoir-faire.
- Maîtriser sa carrière.

Compétences nouvelles et plus de compétences

Figure 4.2 Les attentes des différents acteurs

4.2.3 Certification et qualification des personnes

Dans certains cas, la certification des personnes doit être complétée par une qualification qui, au-delà des compétences, insiste sur l'aspect des capacités opérationnelles.

Cette distinction se retrouve dans la définition du terme *compétence*, donnée par la norme ISO 9000 (2005) :

> « Aptitude démontrée à mettre en œuvre des connaissances et savoir-faire »,

et du terme qualification que l'on trouve dans le fascicule de documentation FD X50 183 :

> « Processus permettant de démontrer l'aptitude à satisfaire des exigences spécifiées – Note 1 : le terme qualifié désigne l'état correspondant. »

La qualification est souvent exigée pour des métiers à risques tels que les soudeurs et les métiers du contrôle tels que les auditeurs ou les inspecteurs, mais aussi pour les métiers de la formation.

L'AFAQ, comme la plupart des organismes certificateurs, demande à ce que ses auditeurs soient certifiés par l'ICA (Institut de certification des auditeurs) avant de les qualifier en les faisant participer à un certain nombre d'audits.

La qualification n'est délivrée que pour une période déterminée à la fin de laquelle la qualification peut être renouvelée si, pendant la période écoulée, la personne concernée a eu une pratique suffisante de sa spécialité (voir en fin d'ouvrage des fiches pratiques consacrées à la qualification des contrôleurs de montage et des auditeurs qualité interne).

La norme NF EN ISO 19011 (2002) est de ce point de vue tout à fait significative. En effet, dans son chapitre VII qui traite de la compétence des auditeurs, nous y retrouvons dans le détail tous les critères qui vont permettre de juger de la compétence de l'auditeur, mais aussi ceux qui vont permettre de le qualifier sur la base de son expérience (*cf.* figure 4.3).

La norme met aussi en exergue la nécessité d'entretenir et de perfectionner les compétences acquises :

> « Il convient que les auditeurs entretiennent et démontrent leurs capacités à auditer en participant régulièrement à des audits de systèmes de management de la qualité et/ou de management environnemental. »[21]

---

[21] NF EN ISO 19011 (2002), *Lignes directrices pour laudit des systèmes de management de la qualité et/ou de management environnemental.*

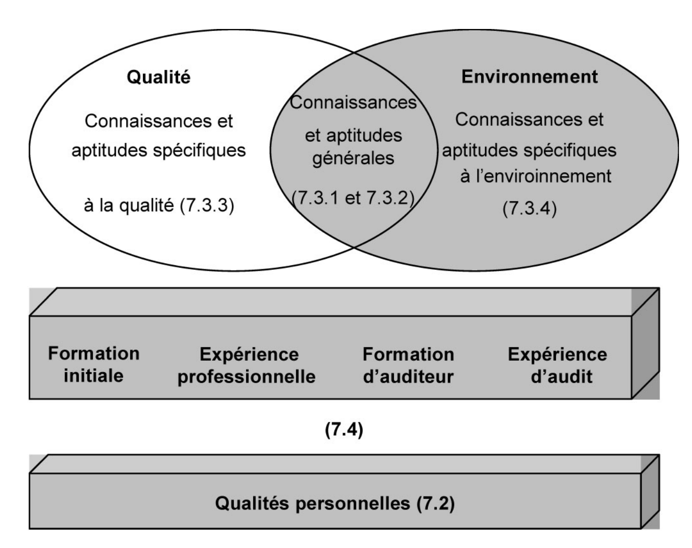


Figure 4.3 Concept de la compétence des auditeurs selon norme NF EN ISO 19011 (2002)

4.3 La certification de système

Alors que la certification de produits atteste des niveaux de performance et de qualité des produits fabriqués ou des services fournis, la certification de système couvre essentiellement la maîtrise des processus qui permettent la réalisation de ces produits ou services. Une telle certification a pour objet d'attester que l'organisme met effectivement en œuvre un système de management de la qualité conforme à un référentiel pour une gamme de fournitures donnée. On peut comparer la certification de système à une vérification de l'application d'un cahier des charges entre clients et fournisseurs.

4.3.1 Qu'est-ce qu'un système ?

Si l'on se réfère aux définitions données par la norme ISO 9000 (2005), un système de management de la qualité est un :

> « Système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité. »

Mais si l'on remplace *système de management* et *système* par leur propre définition, on obtient alors :

> « Un ensemble d'éléments corrélés ou interactifs permettant d'établir une politique et des objectifs et d'atteindre ces objectifs permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité. »

Pour plus de précision, cette définition est complétée par la note suivante :

> « Le système de management d'un organisme peut inclure différents systèmes de management, tels qu'un système de management de la qualité, un système de management financier ou un système de management environnemental. »

Reconnaissons qu'une telle définition n'est pas à même de clarifier le sujet pour la majeure partie du personnel d'un organisme. Les responsables qualité vont devoir la rendre concrète en s'appuyant sur des exemples et sur la description du contenu du système.

4.3.2 Vers un management intégré

Quand on parle de certification de système, on pense d'abord à une certification concernant le système de management de la qualité selon la norme ISO 9001. C'est certainement le type de certification de système le plus répandu.

> À la fin décembre 2007, le nombre de certificats émis en France était de 22 981[22]. Ce nombre, qui peut paraître élevé, ne place la France qu'au neuvième rang derrière la Chine (en tête) avec plus de 210 000 certificats ou l'Italie (deuxième rang) qui a dépassé les 115 000 certificats.
>
> À noter qu'en France le nombre de certificats a augmenté régulièrement et sensiblement jusqu'en 2004, a stagné, voire diminué en 2005 et 2006, puis a recommencé à croître en 2007. Il est temps que les organismes français réalisent qu'ils sont en train de négliger un atout important dans la compétition mondiale.

Il existe plusieurs autres référentiels qui peuvent servir de base pour une certification. En effet, en dehors de la norme ISO 9001 *Systèmes de management de la qualité Exigences* version 2008, ce ne sont pas les référentiels qui manquent.

Il faut citer bien sûr la norme ISO 14001 (2004) qui concerne les impacts des activités, produits et procédés sur tous les aspects environnementaux (air, eau,

---

[22] ISO. 2008-11/600 : ISO Survey of Certifications.

sol, déchets, bruits, etc.) d'un site ou d'une activité spécifique. Cette norme imposant le respect de toutes les exigences légales, le candidat à la certification est obligé de vérifier que ses activités, produits et procédés sont conformes à ces exigences légales et, le cas échéant, de faire en sorte de les mettre en conformité. Comme la 9001, il s'agit d'une norme d'exigences.

Le référentiel *OHSAS 18001* (*Occupational Health and Safety Assessment Series*), qui n'est pas une norme internationale, résulte d'un travail commun d'un certain nombre d'organismes internationaux de normalisation et de certification. Il recense et capitalise toutes les spécifications propres à chaque organisme certificateur sur le thème du *management de la santé et de la sécurité au travail***.**

Autre exemple de référentiel système : la norme ISO/TS 16949 (2002) qui spécifie les exigences en matière d'assurance de la qualité pour les fournisseurs de l'industrie automobile.

Mais peut-on raisonnablement affirmer que le système de management de la qualité ou de l'environnement mis en œuvre par un organisme est un bon système uniquement parce qu'il répond correctement aux quelques exigences d'une norme ? Bien évidemment non, car on constate que bien d'autres paramètres sont à prendre en compte pour faire en sorte qu'un système de management soit efficace, voire efficient.

Il est intéressant de noter que l'on commence à s'orienter vers des certifications sur la base de normes qui, au-delà des exigences, donnent des recommandations, telles que la norme ISO 9004 (2000) associée à la 9001, ou encore la norme ISO 10006 *Management de la qualité – Lignes directrices pour la qualité en management de projet*. La difficulté est alors de déterminer une traduction des recommandations en exigences pour que la certification soit reconnue par le plus grand nombre. Ce type de certification est le seul qui, à terme, bénéficiera d'une véritable légitimité, bien qu'il reste un long chemin à parcourir pour que cela devienne une réalité.

En dehors des certifications fondées sur les normes, il existe aussi des certifications fondées sur des codes tels que l'ISM (*International Safety Management Codes for Shipping Companies*) consacré à la sécurité du transport maritime, ou le code de l'AIEA (Agence internationale pour l'énergie atomique) qui concerne la construction et l'exploitation des centrales nucléaires.

Enfin, il faut citer les certifications de systèmes qui sont réalisées sur la base d'un ensemble de règles ou de méthodes à appliquer. On trouve par exemple

dans cette catégorie l'application des règles HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Point*) qui garantissent la qualité alimentaire par une analyse des risques et des points critiques en vue de leur maîtrise ; règles reprises dans la norme ISO 22000.

On est en droit de se demander si tous ces référentiels ont vraiment une raison d'être ; force est de constater que la tendance est à la recherche d'une harmonisation, car il devient de plus en plus difficile et de plus en plus coûteux d'obliger un fournisseur, qui a des clients dans plusieurs secteurs industriels, d'appliquer pour chacun d'eux un référentiel particulier. Par ailleurs, pour des raisons d'économies, des résultats de certification seconde ou tierce partie sont de plus en plus mis en commun, non seulement au sein d'un même secteur industriel, mais également pour de multiples secteurs grâce aux organismes de certification.

Le souhait actuel des organismes est de constituer, chaque fois que cela est possible, un système de management intégré couvrant tout ou partie des quatre aspects : qualité, sécurité, environnement et hygiène. Mais bien que, par exemple pour ce qui concerne la qualité et l'environnement, le nombre de points communs des référentiels soit très important (système documentaire, maîtrise des documents, formation, audits, actions correctives et préventives, revue de direction, etc.) l'intégration des systèmes n'est pas toujours facile à réaliser. Lorsque l'on sait que, sauf exception, tous les sites certifiés selon la norme ISO 14001 le sont également selon la norme ISO 9001 (2000), on imagine tout l'intérêt qu'il peut y avoir à réussir cette intégration.

Au-delà de la description des systèmes qualité et environnement, il existe cependant une différence importante entre les deux certifications : contrairement à la certification selon la norme ISO 9001 qui correspond dans une majorité de cas à un engagement à caractère commercial (satisfaction des clients), la certification selon la norme ISO 14001 relève d'un engagement politique qui dépasse le plus souvent les exigences légales ou celles des clients.

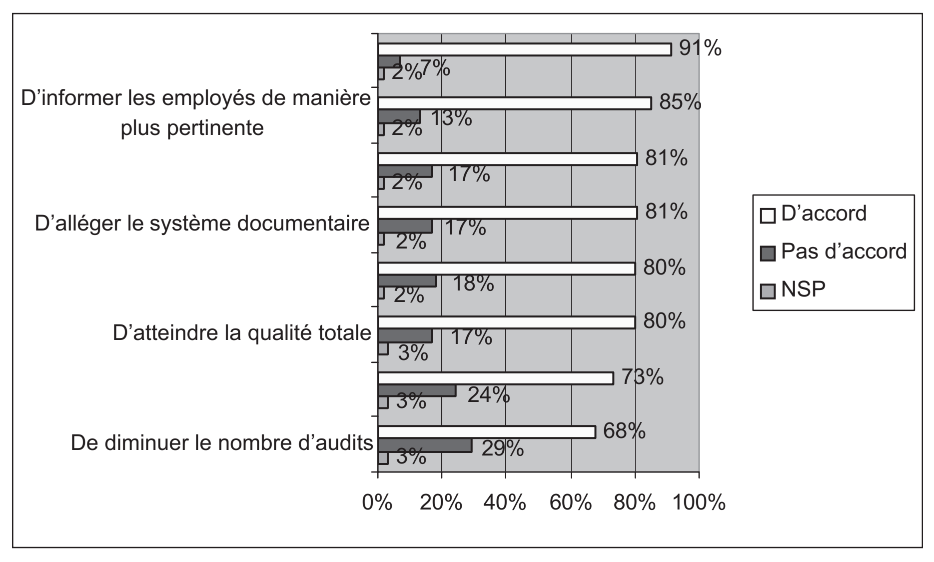


Figure 4.4 Avantage d'une certification intégrée[23]

Nous sommes de plus en plus nombreux à préconiser le principe des certifications intégrées (*cf.* figure 4.4). Il faut cependant reconnaître que leur mise en œuvre peut ne pas être simple. Il n'existe pas toujours de réponses évidentes aux questions que l'on se pose au moment de lancer le processus de certification (*cf.* figure 4.5).

Pour illustrer ce propos, prenons une question qui revient régulièrement : Quelle forme doit prendre la documentation descriptive d'un système intégré ? L'idéal serait d'arriver à établir une documentation unique répondant aux exigences des référentiels qualité et environnement par exemple. Rédiger un seul manuel pour le management de la qualité et le management environnemental ne présente pas de grandes difficultés. Le problème devient souvent insoluble lorsqu'il s'agit de rédiger des procédures communes ne serait-ce que parce que l'essentiel des procédures d'un système de management de la qualité est constitué de la représentation graphique des processus, représentation qui n'est pas très adaptée à la plupart des procédures concernant l'environnement.

[23] Source AFAQ, *Certification ISO 9000*, AFNOR (ouvrage collectif avec mises à jour), octobre 2001, partie VIII, chapitre 30, p. 2 et 3.

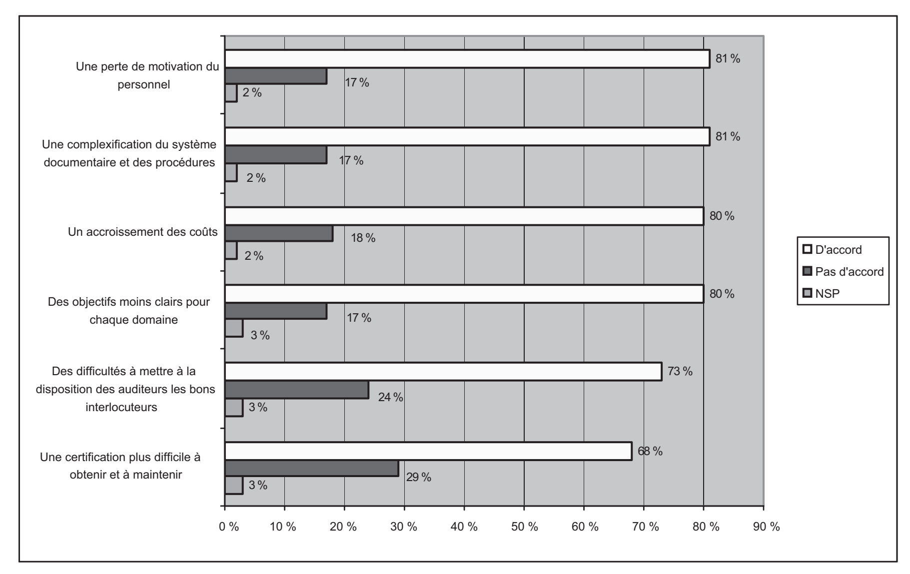


Figure 4.5 Inconvénient d'une certification intégrée[24]

Au vu de toutes ces raisons, on ne peut que constater qu'il n'y a pas de règle unique applicable à tous les types d'organismes. Le choix d'une certification intégrée est du ressort exclusif de l'organisme qui devra tenir compte de nombreux paramètres tels que : sa culture, son degré d'avancement dans la mise en œuvre des règles de management de la qualité, de l'environnement ou de la sécurité. Mais le choix doit aussi tenir compte de la nature de l'activité de l'organisme, de sa taille, de sa structure centralisée ou décentralisée, etc.

Pour mettre en œuvre l'intégration des systèmes, certains conseils proposent de procéder par étapes en ne rassemblant, dans un premier temps, que les exigences communes aux différents référentiels (la politique et les objectifs, les actions correctives et préventives, les audits, etc.). C'est une méthode qui est séduisante, mais qui se révèle relativement coûteuse et qui ne peut que créer des confusions chez les personnes qui auront à appliquer un système dont une partie est intégrée avec un autre système et une autre partie reste spécifique. On voit tout de suite les problèmes de cohérence que cela soulèvera à coup sûr.

---

24 Source AFAQ, *Certification ISO 9000*, AFNOR (ouvrage collectif avec mises à jour), octobre 2001, partie VIII, chapitre 30, p. 2 et 3.

Enfin, l'intégration des systèmes pose le problème de la compétence des auditeurs et des personnes en charge de la gestion et de l'amélioration permanente du système. Il ne sera pas toujours facile de trouver des personnes suffisamment polyvalentes pour assurer efficacement ces fonctions.

C'est pourtant vers la polyvalence des auditeurs qu'il va falloir s'orienter si l'on veut éviter la multiplication du nombre d'audits internes dans un organisme. L'idée d'un audit de management QSEDD (Qualité, Sécurité, Environnement, Développement Durable) commence à faire son chemin.[25]

Quel que soit le choix fait par l'organisme, les auditeurs disposent de la norme NF EN ISO 19011 (2002) qui donne des lignes directrices pour la réalisation de l'audit qualité et/ou environnement. Cette norme met en exergue les objectifs de l'audit : être un élément central de l'amélioration des performances, garantir la cohérence des conclusions et fournir à la direction des informations fiables basées sur des faits. La norme fixe les caractéristiques de la fonction d'auditeur : déontologie, impartialité, professionnalisme.

La certification de système se fonde sur la vérification de la mise en œuvre de moyens et d'une organisation propre à fournir des produits et des services de qualité. Mais il faut être bien conscient que la certification n'est pas toujours une garantie suffisante de qualité.

Une proportion non négligeable d'organismes ayant obtenu une certification ne s'est préoccupée que de l'obtention du certificat sans faire en sorte que la qualité soit considérée comme une composante de toute activité de l'organisme. Il faut s'attendre, dans ces conditions, à des réveils douloureux pour ces organismes, car il est difficile, voire impossible, de maintenir pendant longtemps ce type de comportement si l'on souhaite pérenniser cette certification.

---

[25] Yvon Mougin, *Les nouvelles pratiques de l'audit de management QSEDD*, AFNOR Éditions, 2008.

5

Le processus de mise en œuvre et de préparation à la certification

Comme pour tout processus, le processus de préparation à la certification comprend une succession de phases, chacune d'entre elles devant fournir des résultats probants pour pouvoir passer à la phase suivante. Il faut bien reconnaître que le découpage en phases est totalement arbitraire : tel auteur en dénombrera treize ; des organismes de conseil considèrent, quant à eux, que le processus de préparation à la certification correspond à trois types de missions (la sensibilisation et la formation du personnel, la définition et la mise en œuvre du système de management de la qualité, et enfin l'audit « à blanc » et le traitement de ses suites). Ne chipotons pas sur le vocabulaire ; « phase », « mission », « domaine », « sujet » : peu importe. L'essentiel est dans ce que ces termes recouvrent.

Quel que soit le découpage retenu, l'important est de définir et de se fixer des phases pour pouvoir faire régulièrement un point d'avancement et maîtriser le contenu de chacune d'elles, afin de lancer à temps les actions correctives qui pourraient se révéler nécessaires (*cf.* figure 5.1).

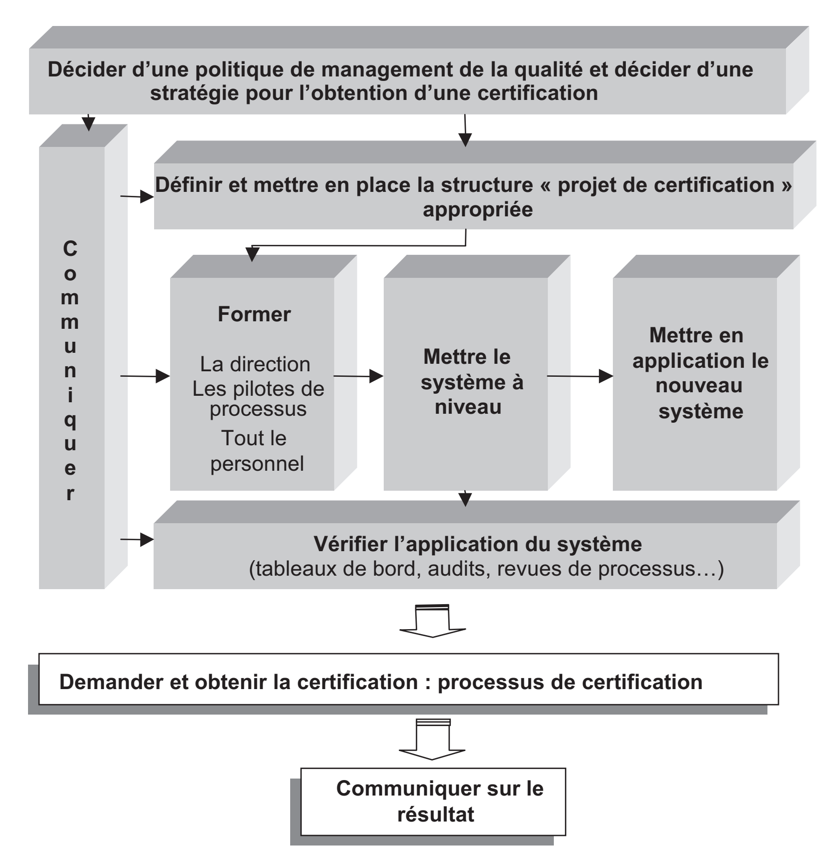


Figure 5.1 Les principales phases du processus de préparation à la certification

Ayant fait le choix d'un découpage, c'est bien évidemment le contenu de ces phases qui est important en termes d'actions à engager, en précisant l'ampleur de chacune d'elles. La définition du contenu des phases conditionne le coût de l'opération et le délai à retenir pour se préparer à la certification.

Pour définir le contenu de chacune des phases, il est impératif de procéder à un état des lieux extrêmement précis qui représente le point de départ. Il est alors possible d'évaluer le chemin restant à parcourir pour se mettre en conformité avec les exigences de la norme ou du référentiel choisi, et disposer d'un système de management de la qualité efficace.

Si toutes ces phases sont indispensables, elles représentent des charges et des volumes très différents qui sont à apprécier en fonction de la situation de l'organisme. En revanche, on peut affirmer sans prendre trop de risques qu'il est des sujets que tout organisme aura à traiter et qui constitueront l'essentiel de la charge et des délais de l'opération. Il s'agit :

- du choix d'un référentiel et de la définition de son champ d'application ;
- de l'analyse des processus de l'entreprise, de la définition du système de management de la qualité propre à l'organisme et de l'établissement de la documentation correspondante ;
- de la mise en œuvre du système de management de la qualité défini précédemment et de la prise en compte du retour d'expérience résultant de son application ;
- du choix d'un organisme certificateur et de la négociation d'un contrat avec celui-ci ;
- de l'audit de certification et de ses suites.

En 1998, la durée d'obtention d'une certification selon l'une des normes ISO de la série 9000 était de trois ans. Il est évident qu'un tel délai est susceptible de faire hésiter, car on sait bien que plus la durée d'une opération de ce type est grande :

- plus cela coûte à l'organisme ;
- moins le personnel y croit, et lorsque le certificat arrive, on n'est plus en mesure d'en tirer tous les avantages psychologiques et matériels que l'on était en droit d'attendre.

> « Plus la taille de l'entreprise est importante, plus celle-ci est susceptible de déployer les moyens nécessaires à la mise en application des procédures de certification, généralement longues (18 mois minimum) et coûteuses »[26]
>
> « Quinze mois, c'est une bonne durée car il faut prendre le temps nécessaire pour mettre en place les nouveautés engendrées par la démarche et pour qu'elles soient acceptées par tous. »[27]

---

26 Bich-Thuy Charre, Gioacchino Fazio et Agnès Grenard (IDEFI), « Les normes ISO 9000 et le partenariat industriel », in *Les 4 pages des statistiques industrielles* n° 88, SESSI, mars 1998.

27 Éric Denoux, « Votre chambre de commerce vous accompagne sur le chemin de la qualité », in *Le courrier économique* n° 77, décembre 2001, p. 24.

> « La démarche collective que propose la CCI [Chambre de commerce et de l'industrie] de Versailles Val-d'Oise/Yvelines […] ouvre les portes de la certification […] pour un prix qui rend la démarche qualité accessible à une PME : 13 720 F HT jusqu'à l'audit final. »[28]

Pour le directeur de la qualité de l'Opievoy, deuxième office public HLM de France par la taille (50 000 logements) :

> « Il nous a fallu quatre ans pour arriver à la certification par DNV. »[29]

On l'aura compris, il est impossible de donner des barèmes en matière de délais et de coûts. Tout dépend de la taille de l'entreprise, de son point de départ (nouveauté ou non des concepts de la qualité pour l'organisme) et surtout de la volonté et de l'engagement de la direction. La marge entre le minimum et le maximum est très importante. Mais surtout, pour faire une évaluation, il faudrait pouvoir mettre en face des dépenses potentielles les gains que l'on ne manque pas de faire en améliorant de façon sensible le fonctionnement de l'organisme.

La certification n'est en rien une exigence de l'ISO 9001. Beaucoup d'organismes choisissent d'appliquer cette norme pour améliorer l'efficacité, voire l'efficience de leur fonctionnement et de leurs produits ou services, sans pour autant ressentir le besoin d'une certification. Ces organismes ne sont pas tentées par celle-ci parce qu'ils se situent dans un environnement pour lequel la certification ne représente pas un plus concurrentiel. Mais dans de nombreux cas, c'est parce qu'ils y associent des contraintes de documentation considérées comme étant coûteuses et surtout non indispensables pour le bon fonctionnement de l'organisme. Les versions récentes de la norme ISO 9001, moins exigeantes en matière de formalisme, devraient modifier cette donne.

---

[28] Éric Denoux, « Votre chambre de commerce vous accompagne sur le chemin de la qualité », in *Le courrier économique* n° 77, décembre 2001, p. 26.

[29] Marc Dupourqué (Directeur de la qualité et du système d'information de l'Opievoy), propos recueillis par Frédéric Piquet, in *Qualité références*, avril 2001, p. 3.

Le labyrinthe

Avant de pénétrer dans le labyrinthe, il y a peut-être tout intérêt à se poser deux questions essentielles : Pourquoi vouloir se lancer dans ce labyrinthe ? Le risque en vaut-il la chandelle ?

Toute personne ayant la prétention de pénétrer dans le labyrinthe avec l'espoir d'en ressortir dans de bonnes conditions se doit de fournir des réponses claires à ces deux questions. En supposant que les réponses apportées soient satisfaisantes, l'accès n'est permis que sur justification d'une organisation et de moyens cohérents avec la stratégie du prétendant à l'exercice.

Difficile de déplacer un rocher ou d'ouvrir une lourde porte quand on est tout seul. Pour atteindre la sortie, un travail d'équipe s'impose, et qui dit équipe dit chef d'équipe, car, autrement, il n'est pas facile d'avancer quand chacun veut prendre une voie différente ou retarde l'équipe en discutant interminablement les choix possibles.

Mais comment faire des choix lorsque l'on ne sait rien de ce qui nous attend ? Heureusement, à l'entrée du labyrinthe se trouve une liste des obstacles qu'il faudra surmonter sur le parcours. C'est sur la base de cette liste que l'équipe va choisir dans un coffre qui est mis à sa disposition le matériel dont elle estime avoir besoin. Le coffre est rempli d'objets hétéroclites et insolites qui vont de la bouée de sauvetage à la bouteille de champagne en passant par la lampe de poche ou encore la boule de cristal.

Les préparatifs étant terminés, l'équipe peut se présenter au premier contrôle et s'engager dans le labyrinthe.



Le défi

Point de départ

Comme convenu, les quatre amis se retrouvent donc un soir chez Michel pour définir la règle du jeu.

Chacun d'entre eux étant allé aux renseignements au cours de la semaine écoulée, finies les discussions orageuses sur la qualité, ses définitions et les différentes étapes qui ont conduit du contrôle qualité à la qualité totale. C'est bien de systèmes de management de la qualité dont il est question. Les bases indispensables ayant été acquises, ils n'ont pas été longs à se mettre d'accord sur un certain nombre de points et de concepts :

– il s'agit d'une certification d'un système de management de la qualité, et non pas de la certification des produits et services ;
– le référentiel à utiliser est la norme ISO 9001 (2008) et le référentiel propre à l'organisme ;
– toute liberté est a priori laissée pour le choix de l'organisme certificateur.
– Les discussions portent essentiellement sur deux points :
– Dans quel délai maximum doivent-ils obtenir cette certification sachant que tout dépassement du délai vaudra élimination ?
– Quels sont les critères qui permettront de départager ceux qui auront obtenu leur certification dans le délai imparti ?

Pour ce qui concerne le délai, la discussion est assez animée, car les informations dont ils disposent font état de processus de préparation à la certification qui se sont étalés sur des périodes de deux à trois ans, voire plus dans des cas extrêmes. Il est impensable pour Maguy d'engager une opération qui durerait aussi longtemps ; quant à Éric, il souhaiterait pouvoir prendre tout son temps pour pouvoir convaincre ses collègues. Toujours provocateur, Michel, fort de l'expérience acquise par son entreprise en matière d'assurance de la qualité, propose une durée de six mois. Pour lui, il est hors de question que le processus conduisant à la certification n'en finisse plus de s'étaler dans le temps. En appui à sa proposition, il avance comme arguments que le coût de l'opération sera d'autant plus élevé que l'échéance sera plus lointaine, et qu'il n'est pas facile de mobiliser et de motiver le personnel d'un organisme autour d'un même sujet sur une longue période.

Comme souvent, c'est une position médiane qui est retenue, à savoir dix-huit mois. Des rendez-vous bimestriels sont prévus pour confronter leurs choix et les méthodes mises en œuvre pour aboutir. Mais ils pourront prévoir des rendez-vous supplémentaires s'ils les jugent nécessaires.

L'accord étant acquis pour le délai à ne pas dépasser, ils n'ont pas eu trop de mal à trouver un terrain d'entente pour le choix des critères qui leur permettront de se départager. Ces critères sont au nombre de trois :

- Le premier de ces critères est bien entendu le délai d'obtention du « diplôme », après avoir résolu toutes les non-conformités ou observations relevées au cours de l'audit de certification.
- Nos quatre protagonistes sont également d'accord pour dire qu'une certification ne doit pas être obtenue à n'importe quel prix. Le critère de jugement retenu est le rapport entre le coût de l'opération et l'effectif de l'organisme, ceci pour tenir compte des différences de tailles entre les quatre organismes. Le coût considéré n'est pas le simple coût de la certification en elle-même, mais aussi le coût de la mise à niveau de l'organisme avant de pouvoir demander sa certification. C'est d'ailleurs en général ce deuxième volet qui est prépondérant.
- Enfin, le troisième critère pour départager les éventuels ex æquo concerne les gains éventuels pour l'organisme en termes de coûts de fonctionnement, de délai et de qualité.

D'autres éléments auraient pu contribuer à les départager tels que la satisfaction du client ou de l'usager, les prises de parts de marché supplémentaires, la satisfaction du personnel, etc. Ces éléments n'ont pas été retenus, car ils sont difficiles à mesurer en utilisant les mêmes moyens pour tous, et surtout difficiles à évaluer dans le temps imparti.

Pour leurs prochaines rencontres, au cours desquelles ils examineront l'état d'avancement de leurs travaux, ils prennent la sage décision de procéder de la façon suivante :

- première partie de la réunion : l'un d'entre eux présentera les actions qu'il aura entreprises et les difficultés rencontrées, ainsi que les sujets de satisfaction, sans que les autres interviennent pour commenter, critiquer ou applaudir ;
- la seconde partie sera consacrée à une brève discussion qui devrait permettre d'éclaircir certains points des exposés ;
- enfin, chacun tirera les conclusions qui lui semblent les plus appropriées pour la poursuite de son action.

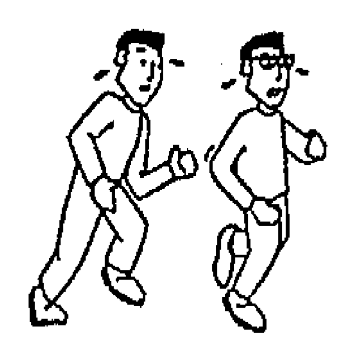
Rendez-vous est pris dans deux mois au club house du Golf de La Coudre. Ce qui permettra après la réunion de faire un *foursome*[30] en *match play*[31].

---

30 *Foursome* : partie dans laquelle deux joueurs jouent contre deux autres joueurs, chaque camp jouant une balle (*Nouvelles règles de golf illustrées*, Flammarion, 2000).

31 En *match play*, le jeu se joue par trous. Sauf exception, le trou est gagné par le camp qui entre sa balle avec le plus petit nombre de coups (*Nouvelles règles de golf illustrées*, Flammarion, 2000).

Partie II
Avant





6

La conduite du changement

L'adoption d'un système de management de la qualité, et bien sûr la certification, relèvent d'une démarche volontariste de l'organisme et plus précisément de sa direction à qui il appartient de conduire le changement.

Il s'agit bien de conduire le changement et non de le subir. Contrairement à ce que l'on entend souvent dire, les changements au sein d'un organisme ne sont pas uniquement dus à une évolution de son environnement. Une direction se doit d'être proactive et, tout en réagissant aux contraintes externes pour en tenir compte, elle doit rechercher les évolutions de l'organisme qui permettront de lui conserver une certaine avance par rapport à la concurrence, ou tout simplement d'améliorer son image auprès des clients/usagers. Il arrive d'ailleurs qu'un changement bien conduit provoque des modifications de l'environnement. C'est le cas par exemple lorsque des offres de services sont telles qu'elles modifient les habitudes des usagers ou des clients. C'est l'offre qui crée le besoin.

Quelle que soit la situation dans laquelle se trouve l'organisme en matière de management de la qualité, se fixer comme objectif d'obtenir une certification système, donc la mise en pratique d'un système de management de la qualité, aboutit dans tous les cas à des changements du mode de management et du fonctionnement de l'organisme. Ces changements seront plus ou moins profonds en fonction du niveau de culture qualité de l'organisme.

La conduite du changement est un élément essentiel des processus managériaux. En effet, les changements, indépendamment de leur importance, doivent être perçus de façon positive par les collaborateurs, mais aussi par les clients, les fournisseurs et les autres partenaires de l'organisme.

6.1 La mise en œuvre du changement

Dans tous les cas, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de management de la qualité, il faut se donner les moyens de maîtriser les trois phases du changement (*cf.* figure 6.1) :

1. La préparation (avant) ;
2. La mise en œuvre (pendant) ;
3. L'évaluation et la prise en compte du retour d'expérience (après).

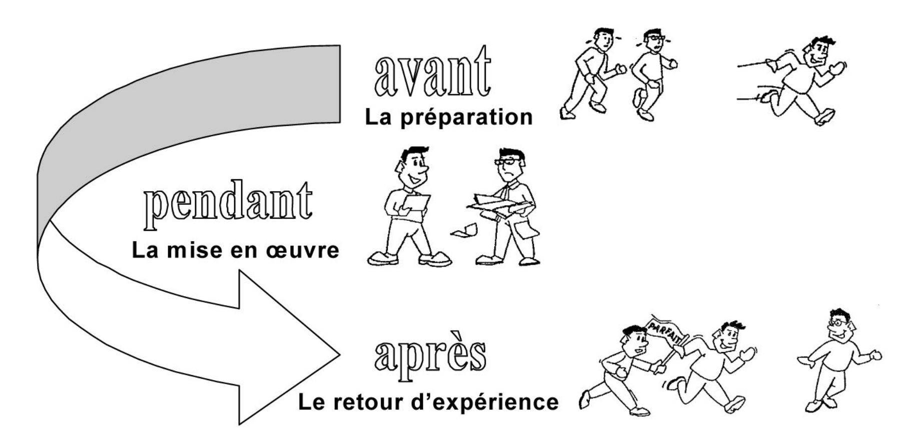


Figure 6.1 Les trois phases du changement

Il arrive trop souvent que l'on se préoccupe presque exclusivement de la mise en œuvre qui se pratique à coup de décisions souvent arbitraires ou qui, pour le moins, apparaissent comme telles. Parmi les cas les plus fréquents, on peut citer les décisions qui concernent les modifications d'organigrammes, la structure et le formalisme attachés à la documentation, la communication, les plans (budgétaires) de formation, etc.

Or, pour être efficace, tout changement nécessite une préparation soigneuse permettant de tenir compte des risques encourus, de la capacité de changement

ou tout simplement du niveau d'investissement nécessaire pour que le changement ait des chances de se faire dans de bonnes conditions en évitant un échec dont il est parfois difficile de se relever.

S'agissant de la mise en œuvre du changement, il ne suffit pas de donner des ordres pour que tout se passe à merveille. La mise en œuvre ne sera réussie que si elle est accompagnée des investissements nécessaires en matière :

- de communication : il faut expliquer le pourquoi ;
- d'information : il s'agit de faire savoir où l'on en est et quelles sont les difficultés rencontrées ;
- de formation : pour que chaque collaborateur soit en mesure de faire ce que l'on attend de lui.

6.2 L'évaluation et le retour d'expérience

Ce qui est vrai pour la préparation et la mise en œuvre l'est aussi pour l'évaluation et le retour d'expérience. La mise en œuvre étant terminée, rares sont ceux qui établissent un bilan pour en tirer des enseignements qui permettront de ne pas renouveler certaines erreurs ou de définir des actions d'amélioration. Il est très important non seulement de préserver l'avenir, mais aussi, pour le présent, d'informer des résultats obtenus tous ceux qui ont été les acteurs du changement.

La mise en œuvre d'un changement, en particulier dans le domaine du management de la qualité, passe donc par la définition d'une démarche formalisée (*cf.* figure 6.2).

Il est même souhaitable que la décision d'obtenir une certification fasse partie d'un véritable plan d'amélioration de la qualité ou, pour les organismes qui ont déjà acquis un bon niveau de culture qualité, du plan d'amélioration permanente de la qualité. La certification, si elle est décidée, doit bien évidemment être en bonne place dans un tel plan, car elle va à coup sûr mobiliser une partie importante du potentiel humain de l'organisme. Il ne faut surtout pas que l'obtention d'une certification soit considérée comme « un coup » sans lendemain.

Le projet de changement peut s'appuyer sur une analyse préalable des risques auxquels s'expose l'organisme s'il n'entreprend pas une telle démarche. Parmi ces risques, on peut citer : la perte de clients ou de parts de marché, la dégradation des processus internes de l'organisme, la démotivation du personnel…

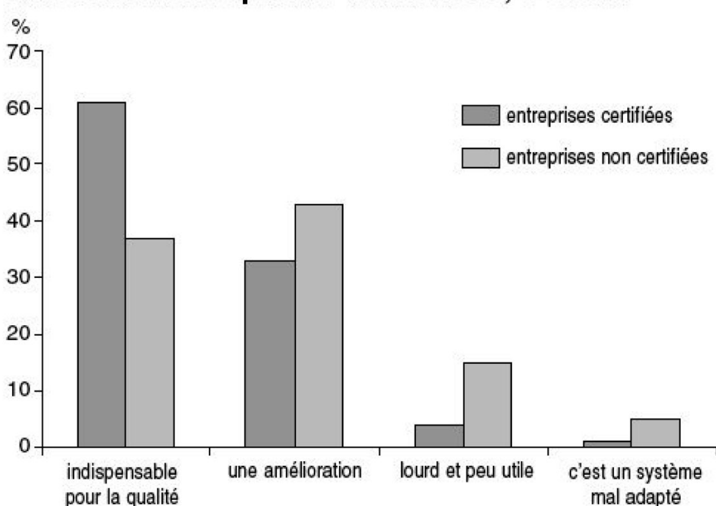


Figure 6.2 Ce que les chefs d'entreprise pensent d'une démarche formalisée[32]

Mais il ne suffit pas à ce stade d'évaluer les risques ; encore faut-il prendre conscience de leurs causes pour pouvoir s'y attaquer. Une démarche qualité, et à un moindre degré une préparation à la certification, peuvent y aider.

Étant donné ces passages obligés, on pourrait penser que tout changement nécessite du temps et des moyens importants. Il n'en est rien, ou pour le moins il n'en est pas toujours ainsi. Les changements doivent en effets être pris en compte de plus en plus rapidement avec les meilleurs résultats possibles. Cela exige, pour réussir un tel challenge, une maîtrise des méthodes et des outils permettant de conduire le changement avec les plus grandes chances de succès. Cela fait partie du B-A BA du management.

---

[32] Claire Bessède (SQUALPI), « La qualité : une démarche pour répondre aux attentes du client », in *Les 4 Pages des statistiques industrielles* n° 138, SESSI, octobre 2000.



Le défi

Point de départ + 2 mois

C'est Michel qui se lance, le premier, pour présenter la stratégie qu'il compte mettre en œuvre.

Michel – Étant donné que l'organisme dont je fais partie dispose d'un système d'assurance de la qualité qui fonctionne depuis plus de deux décennies, vous comprendrez aisément que nous ayons décidé de ne pas précipiter le mouvement. Nous avons tout notre temps pour aboutir et, nous en sommes persuadés, gagner le défi.

Compte tenu de notre situation privilégiée, j'ai proposé, pour des raisons d'économie et d'efficacité, lors d'un comité de direction, que nous commencions à nous préparer à la certification au sein de la direction Qualité sans impliquer pour l'instant les différentes unités de l'entreprise. Nous effectuerons le déploiement le moment venu.

La première étape consiste pour nous à réviser notre manuel d'assurance de la qualité et à effectuer une relecture de nos procédures pour nous assurer de leur conformité à la norme ISO 9001 (2008). Outre cette simple mise à jour, nous avons l'objectif ambitieux de réduire, à cette occasion, de 10 % le volume de la documentation décrivant notre système de gestion de la qualité. Malgré la difficulté que cela représente, nous espérons bien atteindre cet objectif en maintenant notre manuel à 150 pages, car les textes sont déjà très concis, et en ramenant nos 900 pages de procédures à environ 800 pages. Nous avons par ailleurs décidé de ne pas toucher à l'ensemble de nos instructions de travail qui, nous le pensons, sont en l'état de très bons documents.

Je pense que l'ingénieur à qui j'ai demandé de faire ce travail l'aura terminé avant la fin de ce mois-ci. Une fois que j'aurai examiné et approuvé son travail, nous diffuserons cette documentation pour application immédiate. Si une unité nous le demande, nous pourrons organiser des réunions de sensibilisation au cours desquelles nous insisterons bien sûr sur la nécessité de ne pas déroger à l'application des procédures.

Éric – Pour procéder de la sorte, il faut que tu sois à peu près sûr que la nouvelle version de la norme n'est pas très différente de celle (1994 ?) sur laquelle est bâti votre système d'assurance de la qualité. Cela ne correspond pas à ce que, pour ma part, j'ai pu constater. Je pense qu'un concept tel que l'approche processus ou que l'implication plus importante de la direction dans le management de la qualité n'est pas du tout neutre pour l'organisation du système de management d'un l'organisme, et plus généralement pour l'organisation et le fonctionnement de cet organisme.

Michel – Je comprends très bien ta réaction parce que ton laboratoire n'a pas autant d'expérience que notre entreprise dans le domaine de la qualité. Par exemple, le client dont on parle tant aujourd'hui, penses-tu que nous ignorions ce que cela représente ?

Quant aux processus, voilà une nouvelle invention pour amuser la galerie ; cela fait bien longtemps que nous avons décrit les processus propres à chaque unité et à chaque service avec le niveau de détail le plus fin possible. C'est la raison pour laquelle la description de notre système représente un volume important de documents.

Thierry – J'ai rassemblé et lu toute la littérature, ou presque, qui existe sur l'approche processus. Je peux te dire qu'il y a un point sur lequel tout le monde est d'accord : la plupart des processus d'une entreprise sont trans-unités. C'est d'ailleurs un des points qui font tout l'intérêt d'une telle approche, car c'est un excellent moyen de maîtriser les interfaces entre les différentes unités d'un organisme d'une part, et entre les multiples acteurs d'un processus d'autre part.

Je voulais aussi te faire remarquer que tu emploies indifféremment des notions comme assurance de la qualité, management de la qualité ou gestion de la qualité. Je pense qu'il est particulièrement important d'avoir à l'esprit les définitions correspondantes pour les utiliser à bon escient. Pour ce qui me concerne, j'avais retenu que nous nous intéressions au management de la qualité.

Michel – Les interfaces entre unités sont traitées chez nous par une équipe de coordination dont c'est le métier. Il est vrai que cette équipe a un coût, mais nous estimons qu'il compense largement le coût potentiel des dysfonctionnements aux interfaces.

Maguy – Je suis étonnée que tu n'aies pas planifié toute ton opération et surtout que tu aies décidé de traiter cette première phase exclusivement au sein de la direction Qualité.

Michel – Je pense que les professionnels travaillent mieux et plus rapidement lorsqu'ils ne sont pas perturbés par les objections et réticences de personnes qui ne connaissent rien à la qualité.

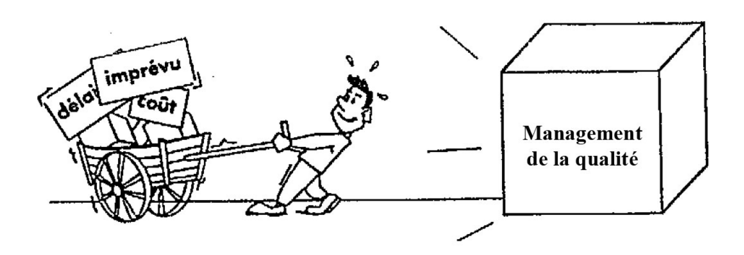
Maguy – Il est grand temps de nous diriger vers le départ pour notre *foursome*. Je propose pour ce parcours de faire équipe avec Éric. La prochaine fois nous devrions, pour changer un peu, faire une partie en quatre balles à la meilleure balle[33].

---

[33] Partie à la meilleure balle : partie dans laquelle un joueur joue contre la meilleure balle de trois joueur (*Nouvelles règles de golf illustrées*, Flammarion, 2000).

7

Le lancement



Partir sur des bases solides constitue un atout important pour la réussite de toute opération visant à l'implantation ou à l'évolution d'un système de management de la qualité. Il faut dans un premier temps rassembler les données d'entrée, se faire une opinion sur le résultat escompté et s'assurer que le but visé présente un intérêt pour l'organisme.

La décision ayant été prise de se mettre en conformité avec les exigences de la norme, il y a lieu de clarifier les objectifs que l'on peut viser à travers une certification et, une fois ces objectifs fixés, de les faire largement connaître au sein de l'organisme.

Il y aura alors un certain nombre d'actions obligatoires à engager qui vont de la mise en place d'une structure de projet à la formation du personnel, en passant par l'indispensable communication pour mobiliser et motiver tout le monde.

Cette phase de lancement est donc très importante et il faut y passer le temps nécessaire. Il vaut mieux ne pas la bâcler, car le coût d'une modification augmente lorsqu'elle est prise en compte à des étapes de plus en plus avancées du processus. Le lancement est comparable, de ce point de vue, à la conception d'un produit ou d'un service.

7.1 Un processus de décision en trois étapes

Le lancement est un véritable processus qui comporte trois étapes principales : la prise de conscience, la clarification des enjeux et des principes, la maturation.

7.1.1 La prise de conscience

La prise de conscience peut se produire de différentes façons. Pour les grands organismes, c'est le plus souvent à la suite de contacts avec des collègues (dirigeants ou responsables qualité) qu'elle se fait. Pour certaines d'entre elles, c'est les clients et le marché qui vont aider ou forcer à la prise de conscience.

> « Une démarche collective qui réunit des entreprises de tailles et d'activités différentes présente un grand intérêt, on assiste à une véritable émulation de groupe. »[34]

Il est de plus en plus fréquent que les appels d'offres fassent état de la nécessité d'appliquer un référentiel qualité. De plus, pour avoir une assurance quant à la bonne application de ce référentiel, le client exige la certification ou signale que le fournisseur ne sera définitivement retenu que s'il obtient un agrément, délivré sur dossier ou après un audit.

Pour les organismes petits ou moyens, ce sont les exigences des grands donneurs d'ordre qui les poussent, sinon les contraignent, à se faire certifier.

---

[34] Éric Denoux, *Le courrier économique,* n° 77, décembre 2001, p. 24.

> « Nous exigeons la certification de la part de nos sous-traitants car nous sommes des constructeurs responsables. La certification est la seule garantie que nous ayons de leur capacité à faire de bons produits. »[35]

Pour les organismes qui fournissent des services, c'est en général un déficit d'image qui les conduit à s'interroger sur ce qui pourrait contribuer à l'amélioration de cette image.

Si toutes les occasions sont bonnes pour découvrir l'intérêt d'une démarche qualité et d'une certification, c'est encore le responsable qualité qui est le mieux placé, au sein de l'organisme, pour aider à cette prise de conscience. Il lui revient d'organiser des rencontres, d'informer sur ce qui se passe ailleurs, de mettre en exergue les bénéfices que l'organisme peut tirer d'une telle opération. C'est à lui de convaincre. Il y arrivera d'autant mieux qu'il réussira à faire apparaître que l'objectif d'amélioration de l'efficacité du système de management de la qualité et celui d'une certification s'inscrivent dans un plan général d'amélioration de la qualité à court et à moyen terme.

Quelle que soit la nature de l'organisme, pour se lancer dans une opération de ce type « il faut y croire », et pour cela la direction de l'organisme doit être consciente de ce qu'une telle opération représente. Elle doit être totalement convaincue de la nécessité de la lancer. Elle montrera son engagement dans cette voie en faisant de l'évolution du système de management de la qualité et de la certification un objectif majeur de l'organisme et en soutenant clairement et activement les travaux qui permettront d'obtenir la certification.

7.1.2 La clarification des enjeux

Prendre conscience de ce que le management de la qualité peut apporter à l'entreprise est une condition nécessaire, mais insuffisante, pour réussir la mise en œuvre d'un management de la qualité efficace. Il faut que les dirigeants aient clarifié les enjeux à moyen et long terme pour l'organisme, car c'est en fonction de ces enjeux que seront établis les principes qui vont constituer le socle du système de management de l'organisme.

Les enjeux peuvent être purement commerciaux tels que la nécessité, pour augmenter ses parts de marché, de garder une longueur d'avance sur ses concurrents. Les risques encourus peuvent être encore plus importants, comme

---

[35] Jean-Pierre Gillot (directeur qualité chez PSA, Poissy), *Le courrier économique,* n° 77, décembre 2001, p. 25.

par exemple la survie de l'organisme si aux effets de la concurrence vient s'ajouter une désaffection des clients ou des usagers. Enfin, il peut s'agir d'enjeux à court terme, comme la volonté de décrocher un contrat important ou encore tout simplement re-dynamiser l'esprit d'entreprise en se fixant un challenge.

Cette clarification va mettre au premier plan les arguments qui constituent la base d'une campagne d'information et de sensibilisation de tout le personnel. Se lancer dans une démarche de certification ne doit en effet se faire que si l'adhésion de l'ensemble du personnel à un tel projet est acquise ou quasiment acquise.

7.1.3 La maturation

Il s'agit probablement de la phase la plus importante par laquelle les dirigeants de l'organisme devront passer. Toute précipitation dans les choix qui sont à faire en matière de méthodes et d'outils risque de conduire à des échecs cuisants. S'il est important d'avoir une ouverture sur ce qui se fait à l'extérieur de l'organisme (*benchmarking*), il ne s'agit surtout pas de refaire ce que le voisin ou le concurrent a déjà fait sans avoir la certitude que cela répond bien aux besoins de l'organisme. Cette phase de maturation doit être l'occasion pour les dirigeants de réfléchir à une démarche qui tienne compte de plusieurs paramètres : culture de l'organisme, situation économique et sociale, résultats du *benchmarking*, attentes des clients ou des usagers, etc.

Selon la façon dont est mise en œuvre la décision d'obtenir une certification de l'organisme, le personnel pourra considérer que c'est une opération qui lui donne l'occasion de faire évoluer un certain nombre de choses ou, à l'inverse, qu'elle est contraignante, inutile, voire inefficace et coûteuse.

> « Les grands leaders sont presque toujours de grands simplificateurs, qui peuvent trancher discussions, débats ou incertitudes en offrant une solution que chacun peut comprendre. »[36]

La décision de principe ayant été prise, il faut, avant de pouvoir se mettre véritablement au travail, choisir le ou les référentiels auxquels le système de management de la qualité de l'organisme devra être conforme.

---

36 Oren Harari, *The leadership secrets of Colin Powell*, McGraw-Hill Professional, 2002.

À l'issue de cette période de maturation, il faut que la direction soit convaincue des avantages que l'organisme peut retirer de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité, voire de l'obtention d'une certification. Mais il ne s'agit pas uniquement de lui faire prendre une décision importante, il faut aussi qu'elle soit convaincue de la nécessité pour elle d'avoir un rôle proactif pour la définition, la mise en application et l'amélioration continue du système de management de la qualité.

7.2 Le choix du référentiel

Ce choix ne doit être arrêté qu'après mûre réflexion. On se doute bien qu'il ne doit pas être le fait du hasard ou, comme on le voit quelquefois, un choix qui résulte du « nos voisins ont choisi le référentiel X, comme nous sommes meilleurs qu'eux, on devrait obtenir facilement une certification en prenant le même référentiel. » En réalité, choisir un référentiel est une affaire sérieuse qui engage la responsabilité de la direction.

Le choix est guidé par des critères propres à l'organisme et par des contraintes externes. Parmi ces critères et contraintes, retenons-en ici trois qui influent presque systématiquement sur le choix.

7.2.1 Le secteur auquel appartient l'organisme

Un organisme appartenant à un secteur particulier n'est pas tout à fait libre de son choix, car ce sont souvent les grands donneurs d'ordre du secteur qui imposent l'application de tel ou tel référentiel.

Ainsi, en 1996, les constructeurs automobiles européens et américains se sont mis d'accord pour une triple certification tierce partie portant sur les trois référentiels ISO 9001, EAQF et QS 9000. En 1999, l'*International automotive task* force a fait paraître une spécification technique ISO/TS 16949 (2002) qui recense l'ensemble des exigences de l'industrie automobile. Ce document est devenu le référentiel unique de tous les constructeurs automobiles.

La norme NF V 01-005 (2000)[37] définit un système de management de la qualité fondé sur un engagement réciproque entre une Structure organisée de production

---

[37] NF V 01-005 (2000), *Système de management de la qualité de la production agricole – Modèle pour la maîtrise des engagements réciproques entre les producteurs et une structure organisée de la production agricole.*

agricole (SOPA) et ses producteurs. Cette norme est utilisée par le secteur coopératif agricole.

Les constructeurs de matériels aéronautiques européens ont mis au point un référentiel métier commun, à savoir la norme XP PR EN 9100 (2002)[38]. Cette norme constitue le référentiel qualité européen de l'aéronautique et de l'espace.

Le secteur nucléaire n'est pas en reste avec le code de bonne conduite, équivalent d'un référentiel, établi par l'AIEA (Agence internationale pour l'énergie nucléaire).

Il y a lieu d'associer à tous ces référentiels les normes et codes particuliers qui concernent l'analyse des risques avec, par exemple, la spécification OHSAS 18001, « le Système de management de la santé et de la sécurité au travail », qui est une référence internationale précisant les exigences requises pour permettre à un organisme de maîtriser les risques et d'améliorer ses performances dans ce domaine.

Dans le secteur agroalimentaire, depuis 2005, la *norme ISO 22000* est *l'unique norme internationale harmonisant les pratiques* de management de la sécurité des aliments. Elle couvre l'ensemble des activités constituant la chaîne alimentaire. Elle permet de *faciliter les échanges commerciaux* tant au plan national qu'au plan international. Elle préconise la méthode HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Point*) qui permet d'évaluer les risques et, par conséquent, de définir et mettre en œuvre les moyens permettant de les prévenir. Comment imaginer un système de management de la qualité qui ne tiendrait pas compte du résultat d'une analyse de risques (contrôles, vérifications, amélioration continue) ? On retrouve dans un tel système des exigences de propreté, de traçabilité, etc., qui sont proches de celles décrites dans les normes ISO.

Pour le secteur du transport maritime, l'application de l'ISM (*International Safety Management Codes for Shipping Companies*) est rendue obligatoire. Certaines de ses exigences rejoignent celles des normes ISO.

Mais il arrive souvent que l'organisme, au-delà de tous ces référentiels, codes et normes, se fixe ses propres critères qualité qui prennent en compte la nature de ses activités, mais aussi sa culture ou encore l'environnement dans lequel il se trouve.

---

[38] XP PR EN 9100 (2002), *Série aérospatiale – Système de management de la qualité – Exigences (basé sur l'ISO 9001:2000) et système qualité – Modèle pour l'assurance de la qualité en conception, développement, production, installation et exploitation (basé sur l'ISO 9001:1994).*

Ainsi, par exemple en matière de conception et développement, la qualité peut être abordée sous un angle différent et complémentaire de celui de la norme ISO 9001.

> « Pour chacune des phases [du processus de recherche], il existe un certain nombre de points critiques, dont la maîtrise satisfaisante est utile voire indispensable pour donner confiance dans les objectifs de la recherche, dans la démarche, dans le résultat, et qui donne lieu à des critères qualité. »[39]

Un groupe de travail constitué de représentants de quarante-deux sociétés et organismes français, publics et privés, a établi une liste de critères qualité qui méritent d'être pris en considération pour les travaux de recherche (*cf.* tableau 7.1).

À ce document sont venus s'ajouter en 2001 et 2003 deux fascicules de documentation édités par l'Afnor (FDX 50 550 et 551) qui traitent aussi de la qualité en recherche.

7.2.2 Le bulletin de santé qualité

Le déroulement du processus de certification dépend donc du référentiel choisi (point d'arrivée de la préparation à la certification), mais aussi de la situation dans laquelle se trouve l'organisme au moment où il enclenche l'opération de certification (point de départ de la préparation). Pour simplifier, on peut dire qu'un organisme se trouve dans l'une des trois situations suivantes :

- organisme n'ayant pas de culture qualité à proprement parlé, et donc pas de système d'assurance ou de management de la qualité ;
- organisme souhaitant passer d'une version antérieure de la norme ISO 9001, à la version 2008 ;
- organisme ayant une forte culture qualité, mais ne disposant pas d'un système de management de la qualité structuré.

Il appartient à chaque organisme, en fonction de sa situation, de déterminer à partir des situations décrites dans les chapitres suivants celles qui lui correspondent le mieux pour la mise en œuvre des actions appropriées. Il est en effet inutile de se lancer dans la recherche d'une conformité au référentiel EFQM (*European Foundation for Quality Management*) si l'organisme en est à l'étude de l'alphabet en matière de qualité.

---

[39] Groupe de travail français « Qualité en recherche », *Guide expérimental pour la qualité en recherche*, décembre 1997.

Tableau 7.1 Critères de la qualité en recherche[40]

Critères de la qualité au niveau de l'objectif initial validé	Critères de la qualité au niveau du processus	Critères de la qualité au niveau des résultats
– Traçabilité des travaux préparatoires à la programmation. OPPORTUNITÉ – Nouveauté/ originalité. – Intérêt scientifique, applicatif. – Cohérence avec les missions et les politiques de l'organisme ou de l'entreprise. – Impact potentiel de ce type de politique, sociétal, économique. – Liaison avec d'autres sujets. FAISABILITÉ – Lisibilité/explications de l'objectif. – Degré de défi scientifique et/ou technologique. – Disponibilité des moyens. – Acceptabilité des contraintes. – Aspect concurrentiel, autres travaux en cours sur l'objectif. – Compétence de l'équipe. – Partenariat scientifique. – Financement. – Confidentialité et garanties de la propriété intellectuelle. – Existence d'un dispositif adapté d'évaluation.	– Traçabilité des actions et des résultats acquis. – Disponibilité et adéquation des moyens matériels (y compris de mesure, logiciels, locaux, installations). – Disponibilité des compétences et ressources humaines. – Adéquation de la méthodologie. – Confidentialité et garanties de la propriété intellectuelle. – Pertinence de l'organisation et du management. – Réexamen périodique du programme. – Cohérence du planning. – Cohérence des sujets de recherche. – Maîtrise du contexte de la recherche et des contraintes. – Ambiance propice à la créativité. – Respect de l'éthique. – Existence d'un « esprit qualité ». – Efficacité de la veille permanente.	– Traçabilité des résultats. – Fiabilité des résultats acquis. – Nouveauté/originalité des résultats. – Intelligibilité des documents produits. – Conformité des documents produits aux résultats acquis. – Expression du domaine de validité des résultats. – Intérêt des voies et hypothèses nouvelles ouvertes. – Applicabilité, potentialité d'exploitation des résultats. – Niveau d'exigence pour la publication des résultats (revues, congrès, autres modalités). – Confidentialité et garanties de la propriété intellectuelle. – Respect des contraintes (délais, coûts, autres…). – Pertinence de l'évaluation finale des résultats.

[40] Groupe de travail français « Qualité en recherche », *Guide expérimental pour la qualité en recherche*, décembre 1997.

C'est un état des lieux assez complet et surtout sans complaisance qui permettra de fixer les limites dans lesquelles l'organisme pourra évoluer sans créer des perturbations excessives de son fonctionnement au quotidien.

7.2.3 La politique, la stratégie et les objectifs de l'organisme

S'il est difficile d'avoir prise sur les contraintes, la direction de l'organisme dispose d'un degré de liberté important, qui consiste à influer sur l'avenir de l'organisme en fixant des objectifs à atteindre dans le cadre d'une politique et d'une stratégie.

Ainsi, un dirigeant pourra choisir de donner plus de poids à la prévention des risques liés à la sécurité et de se contenter du strict nécessaire en matière de qualité. Un autre responsable pensera que la qualité doit être la grande priorité de l'organisme pour les années à venir, sachant que beaucoup a déjà été fait dans le domaine de l'environnement et que le marché des produits et des services de qualité est extrêmement porteur.

Comme toujours, politique et objectifs résultent de compromis, à un instant donné. Ils seront remis en cause, si le contexte lié à l'organisme change.

Il est un autre point sur lequel le dirigeant doit se prononcer. Faut-il définir un système intégré répondant aux exigences de plusieurs référentiels, ou, à l'inverse, faut-il définir un système pour chacun des référentiels applicables ? Les systèmes intégrés ne sont pas toujours simples à décrire, surtout lorsqu'ils font intervenir des spécialités très différentes au sein d'un même organisme.

Le choix du ou des référentiels est déterminant pour la suite puisqu'il conditionne plusieurs choses :

- bien sûr le système de management de la qualité ;
- mais aussi le fonctionnement de l'organisme ;
- enfin, pour ce qui nous concerne ici, le déroulement et le contenu du processus qui va lui permettre de définir et mettre en œuvre un système de management de la qualité efficace, puis à le conduire éventuellement à l'obtention d'une certification.



Le labyrinthe

Passée l'entrée du labyrinthe, il va falloir que notre équipe choisisse l'une des cinq voies qui s'ouvrent devant eux.

La première, qui semble la plus attrayante, est une invitation à la flânerie. Elle est bordée de tentations et d'incertitudes. On l'appelle « la voie des poètes ».

La seconde donne l'impression que le but est très proche et que l'on peut prendre tout son temps pour l'atteindre. C'est une voie en trompe-l'œil.

La voie d'Ariane est, quant à elle, un enchevêtrement de voies possibles et constitue un labyrinthe dans le labyrinthe.

Quant à la quatrième, elle paraît très structurée et laisse entrevoir un certain nombre d'obstacles à franchir, mais le tout dans une profonde clarté. Elle porte le nom de « voie royale ».

La cinquième, enfin, est plongée dans une totale obscurité, mais un accompagnateur est posté à son entrée et propose, moyennant le paiement d'un salaire, de servir de guide jusqu'à l'étape suivante. C'est la voie du cicérone.

Le passage d'une voie à l'autre est toujours possible, mais cela ne peut se faire que dans certaines conditions qui dépendent de l'étape dans laquelle on se trouve.

7.3 Définir les objectifs de l'organisme en matière de qualité

Rien ne peut être pire qu'une démarche de certification qui est conduite pour des raisons purement commerciales, si ce n'est le cas où le processus de certification est mis en œuvre sans la participation des principaux acteurs des processus de réalisation de l'organisme. Autant dire une certification pour la galerie ou pour se faire plaisir. Fort heureusement, des scénarios de ce type restent l'exception.

D'autres organismes auront tendance à penser que, dès l'instant où ils ont obtenu un certificat, ils ont atteint le summum de la qualité. Il n'en est rien :

> « De nombreuses entreprises […] ont été incitées à croire qu'un certificat ISO 9000 garantit un degré élevé de qualité et de service. Or ceci est clairement faux. »[41]

Il arrive cependant très souvent que la certification soit présentée comme un objectif de l'organisme sans qu'on en expose les attendus. Or la certification n'est pas une fin en soi, cela doit rester un moyen pour atteindre un ou des objectifs opérationnels (*cf.* figure 7.1).

Il est donc impératif de se fixer des objectifs opérationnels et d'expliquer en quoi obtenir une certification permettra de les atteindre ou contribuera au bon déroulement du plan d'action qui permettra de les atteindre. Bien sûr, la qualité tient une place importante dans le choix de ces objectifs, mais cela ne doit pas forcément être le seul élément à prendre en compte.

> « Sept chefs d'entreprise sur dix pensent qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité dans leur établissement. Parmi les réformes à l'ordre du jour dans la gestion de l'entreprise, la qualité au sens large tient une place importante : 46 % des chefs d'entreprise évoquent la qualité des produits, 38 % la relation avec le client comme l'accueil, les livraisons, le service après-vente… Autres impératifs mentionnés : éviter les pertes de temps et le gaspillage dans la production. »[42]

---

[41] Joe Goasdoué (directeur de la Fondation britannique pour la qualité, *British Quality Foundation*), propos recueillis par Jim Wade, « ISO 9000 – Doit-on vraiment parler de norme ? », in *Management systems*, mai-juin 2002, p. 18.

[42] Claire Bessède (SQUALPI), « La qualité : une démarche pour répondre aux attentes du client », in *Les 4 Pages des statistiques industrielles* n° 138, SESSI, octobre 2000.

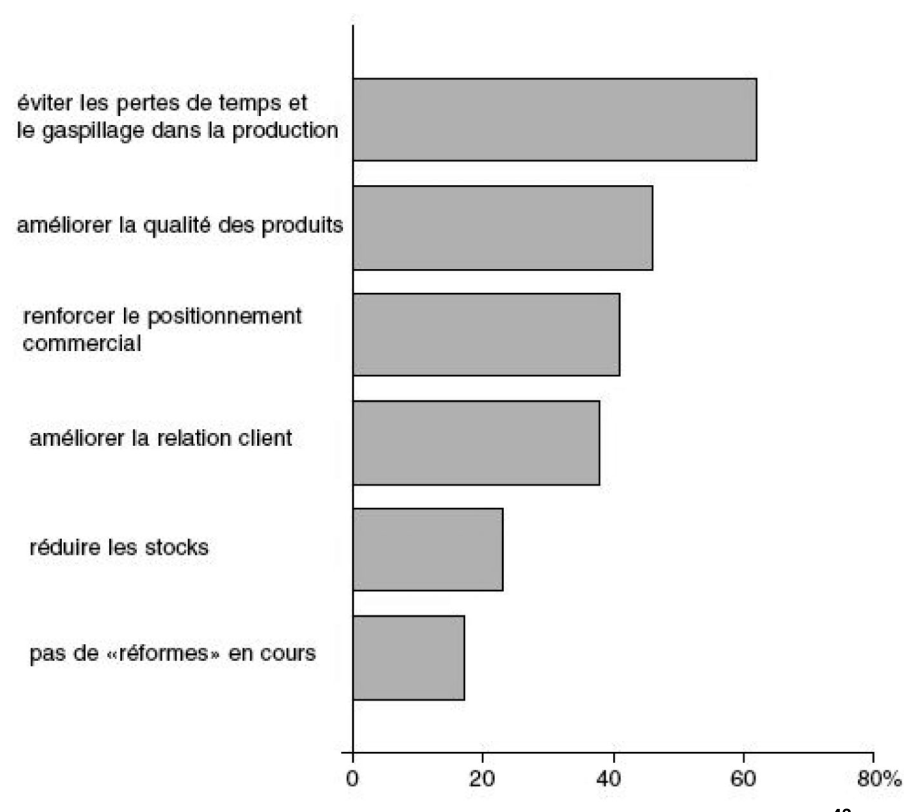


Figure 7.1 Objectifs des réformes dans la gestion des entreprises[43]

Pour qu'un objectif reste réaliste il faut cependant, avant de l'entériner, s'assurer de ce que l'investissement nécessaire pour l'atteindre est un investissement productif. En d'autres termes, déterminer le retour sur investissement. Un minimum de réflexion et d'analyse est absolument nécessaire avant de s'engager, car s'il existe un domaine dans lequel on peut investir beaucoup pour des résultats négligeables, voire inexistants, c'est bien celui de la qualité. Beaucoup trop d'entreprises ont vécu, par exemple à travers les expériences dites « de zéro défaut », la multiplication des procédures et de toutes sortes de rapports sans que cela améliore de façon sensible la qualité des produits et des services fournis.

---

43 Claire Bessède (SQUALPI), « La qualité : une démarche pour répondre aux attentes du client », in *Les 4 Pages des statistiques industrielles* n° 138, SESSI, octobre 2000.

La principale difficulté pour cette évaluation du retour sur investissement vient de ce que beaucoup des résultats attendus sont qualitatifs et par conséquent difficilement chiffrables.

Un groupe de travail du MFQ Île-de-France a identifié et hiérarchisé une série de paramètres à prendre en compte dans le calcul d'un retour sur investissement. Ce travail se traduit par un ensemble de grilles qui regroupent par thèmes ces paramètres et les indicateurs associés. Le premier groupe de grilles traite des bénéfices attendus : bénéfices externes commerciaux et d'image de marque, bénéfices en termes de maîtrise des processus, bénéfices organisationnels, économiques et humains (*cf.* tableau 7.2). Le second groupe concerne quant à lui les coûts d'évaluation qui sont les coûts destinés à mesurer la conformité des services ou produits aux critères établis, et les coûts de prévention (*cf.* tableau 7.3) résultant des actions conduites pour empêcher les dysfonctionnements et les anomalies[44].

---

[44] Élisabeth Ballery, « Une démarche qualité est-elle rentable ? », in *Qualité en mouvement* n° 48, février-mars 2001, p. 23.

Tableau 7.2 Retour sur investissement : critères à prendre en compte – Bénéfices humains[45]

Bénéfices humains							
Nomenclature	**Source**	**Indicateur**	**Quantité Unité Œuvre**	**Taux de valorisation UO**	**Bénéfice valorisé**	**Définition de l'élément de nomenclature**	**Conseil d'utilisation**
Valorisation du travail de chacun.	DRH	Taux de mouvements sociaux. Taux d'absentéisme.				Perception par les salariés de la reconnaissance de leur travail.	
Augmentation de la motivation du personnel.	Hiérarchie opérationnelle	Taux d'acquisition de compétences.					
Mobilisation autour d'un projet concret.	DRH	Taux d'absentéisme.					
Augmentation de la créativité.	Hiérarchie opérationnelle.	Nombre de suggestions. Nombre de volontaires si nécessaire.				Capacité à générer des améliorations et des actions correctives et préventives.	
Attraction de nouveaux employés et stagiaires.	DRH.	Taux de candidatures spontanées.				Amélioration de l'image de marque et de la perception du management de l'entreprise par les candidats.	

45 Élisabeth Ballery, « Une démarche qualité est-elle rentable ? », in *Qualité en mouvement* n° 48, février-mars 2001, p. 23.

Tableau 7.2 Retour sur investissement : critères à prendre en compte – Bénéfices humains (fin)

Bénéfices humains							
Nomenclature	**Source**	**Indicateur**	**Quantité Unité Œuvre**	**Taux de valorisation UO**	**Bénéfice valorisé**	**Définition de l'élément de nomenclature**	**Conseil d'utilisation**
Sensibilisation à la qualité.	Services qualité et formation.	Nombre de stages qualité. Taux de participation. Nombre d'audits qualité.				Connaissance des outils qualité et de la démarche qualité de l'entreprise.	
Développement de la notion de « satisfaction client ».	Hiérarchie opération-nelle. Service commercial.	Enquêtes miroirs. Délai de résolution des demandes client.				Ouverture des esprits et orientation des processus vers l'objectif de satis-faction des clients.	
Baisse de l'absentéisme.	DRH.	Taux d'absentéisme.					
Baisse du nombre d'accidents du travail.	DRH.	Accidents du travail					
Développement du travail en équipe.						Amélioration de la synergie entre les différents acteurs.	
Développement personnel.	DRH.	Taux de promotion. Taux de satisfaction des employés.				Perception par les salariés de leur propre travail et de leur progression.	

Tableau 7.3 Retour sur investissement : critères à prendre en compte – Coût de prévention[46]

Coût de prévention
Nomenclature
– Structure qualité. – Direction qualité. – Salaires et charges. – Plan d'assurance qualité.
– Formation – Qualité. – Des employés. – Management.
Réalisation d'enquêtes préalables sur : – les partenaires ; – les fournisseurs.
– Enquête sur la conception des produits. – Coût des études nouveaux produits.
Prévention des retours clients.
– Gestion des documents. – MAQ. – Procédures, enregistrements… – Matériel acquis pour la gestion.

Il va sans dire que tout objectif retenu devra être cohérent avec la politique et la stratégie de l'organisme.

> « La planification stratégique et la politique qualité de l'organisme fournissent un cadre pour la détermination d'objectifs qualité. Il convient que la direction fixe ces objectifs, menant à l'amélioration des performances de l'organisme […]. Il convient de communiquer les objectifs qualité de manière à permettre au personnel de l'organisme de contribuer à leur réalisation. »[47]

Parmi les objectifs visés par les différents organismes, il en est qui sont courants et que l'on retrouve assez souvent : conquérir de nouveaux marchés,

---

46 Élisabeth Ballery, « Une démarche qualité est-elle rentable ? », in *Qualité en mouvement* n° 48, février-mars 2001, p. 23.

47 NF EN ISO 9004 (2000), Systèmes de management de la qualité – Lignes directrices pour lamélioration des performances.

répondre à de nouvelles exigences des clients et développer des relations partenariales, relancer la dynamique qualité… Ce n'est donc pas par leurs objectifs que les organismes se différencient le plus, mais plutôt par les moyens mis en œuvre et les méthodes appliquées pour atteindre ces objectifs.

7.3.1 Conquérir de nouveaux marchés

Avant de se lancer à la conquête de nouveaux marchés, il est parfois souhaitable de tout faire pour conforter les positions acquises par l'organisme. Cela passe la plupart du temps par une pratique de l'amélioration permanente de la qualité des produits et services offerts, mais aussi du fonctionnement de l'organisme.

L'évolution dans le bon sens de la culture qualité des organismes fait que pour conquérir de nouveaux marchés, les chefs d'entreprise comptent aujourd'hui davantage sur des atouts qualité que sur les prix.

C'est le plus souvent dans le but de prendre de nouvelles parts de marché qu'une entreprise industrielle ou de services se lance dans une opération de mise à niveau en vue d'obtenir une certification. Il est certain, même si l'on peut émettre des doutes sur la validité de quelques certificats, que c'est un élément qui contribue à donner au client potentiel une assurance quant à la qualité de ce qu'il va acheter. Encore faut-il que l'organisme se situe dans un domaine où la certification peut constituer un élément concurrentiel ou présenter un intérêt quelconque pour les clients.

La compétitivité uniquement fondée sur le niveau de prix par rapport à la concurrence, ou encore sur le niveau de prix acceptable par le consommateur, laisse la place à une compétitivité qui dépend d'un certain nombre de paramètres parmi lesquels la qualité n'est pas un des moins importants.

Dans la catégorie des organismes de services pour lesquels la compétitivité n'est pas une priorité, ou tout simplement n'existe pas à cause de leur situation de monopole, il faut considérer deux cas :

- ceux pour lesquels le service est directement assimilable à un produit ;
- ceux tels que les services publics ou assimilés, comme par exemple les mairies, l'école ou les allocations familiales, qui ont affaire à des usagers.

Pour la première catégorie, on peut parler de compétitivité comme pour n'importe quelle entreprise. Pour la seconde catégorie, l'usager ou le client/usager est en général captif et ne peut pas choisir entre deux organismes pour

obtenir le service recherché. Malgré cette situation de quasi-monopole, l'organisme va chercher à fournir un service aussi satisfaisant que possible pour éviter la désaffection (transports en communs) ou plus souvent pour donner la meilleure image possible de l'organisme (allocations familiales). Cette notion d'image est très importante, car elle contribue à maintenir ou à améliorer les relations entre l'usager et le personnel de l'organisme. C'est donc aussi un bon moyen d'améliorer les conditions de travail des personnes qui sont en contact direct avec les usagers.

Les paramètres qui vont permettre de conquérir de nouveaux marchés sont, comme nous venons de le voir, bien connus de tous : réduction des coûts, qualité produit et service, qualité perçue, etc. Mais ce qui donnera un plus concurrentiel à un organisme, ce seront les méthodes et les moyens qu'il aura choisis pour traiter l'un ou l'autre de ces paramètres.

Il est bon de noter, par exemple, que la rentabilité ou la productivité ne sont que des mesures partielles qui influent sur le niveau de prix, mais peu ou pas sur les autres composantes du produit ou du service qui contribuent à la satisfaction du client (qualité perçue).

L'amélioration de l'image d'un organisme public ne passe pas forcément par une campagne publicitaire, mais peut-être par des engagements dont les résultats pourront être concrètement vérifiés par les usagers (temps d'attente aux guichets, assistance pour effectuer une démarche, etc.). Elle passe aussi par la fourniture de produits et de services répondant régulièrement aux exigences des clients ou usagers.

7.3.2 Répondre à de nouvelles exigences des clients et développer des relations partenariales

Le gain de parts de marché ou l'amélioration de la satisfaction des clients et usagers passe bien évidemment par une bonne écoute de ces clients et usagers. C'est d'ailleurs une des exigences de la norme ISO 9001 (2008) :

> « La direction doit assurer que les exigences des clients sont déterminées et respectées afin d'accroître la satisfaction des clients. »

La norme ISO 9004 (2000) est quant à elle encore plus précise :

> « Le succès de l'organisme dépend de la compréhension et de la satisfaction des besoins et attentes, présents et futurs des clients et utilisateurs finals actuels et potentiels […]. »

Comment la certification peut-elle contribuer à apporter une réponse satisfaisante à cette exigence ?

L'écoute des clients n'est pas une nouveauté en soi, mais il faut reconnaître qu'elle n'est pas toujours simple à pratiquer. Marketing, commerciaux et directions participent activement, ou devraient le faire, à cette écoute. Les enquêtes auprès des clients et des usagers sont devenues monnaie courante et de nombreuses techniques sont proposées pour les réaliser. Tout ceci n'est finalement pas bien nouveau et donne toujours des résultats assez mitigés.

Ce qui, par contre, contribue de façon significative à une meilleure compréhension entre clients et fournisseurs, c'est le développement de la pratique du partenariat. Qui dit partenariat dit à la fois écoute et coopération, ce qui permet de créer un lien étroit entre le besoin et la recherche de la solution pour le satisfaire.

Bien sûr, qui dit certification dit recherche des dysfonctionnements, analyse de leurs causes et traitement de ces causes. Mais pour qu'une certification soit « gagnante », il faut aller au-delà de ce niveau d'amélioration, pour pratiquer une analyse des processus en vue de l'amélioration de leur efficacité, et pourquoi pas viser l'efficience.

C'est à travers ce type d'analyse que l'on contribuera à redéfinir le besoin client ou utilisateur. Cette redéfinition passe par la prise en compte des besoins exprimés, mais aussi par la proposition de nouvelles pistes résultant de l'évolution des méthodes ou des moyens mis en œuvre pour assurer un déroulement optimal des processus.

Reste que de nombreux processus sont partagés entre un organisme et ses fournisseurs, voire ses clients. Pour que ces processus soient efficaces, il faut donc que l'organisme se mette d'accord avec ses fournisseurs ou son client sur un mode de fonctionnement, l'utilisation de méthodes communes et, le cas échéant, le partage des moyens nécessaires au bon fonctionnement du processus.

Le développement des relations mutuellement bénéfiques (RMB), un des huit principes de management présentés par la norme ISO 9004, est d'améliorer le fonctionnement de l'organisme client comme celui de l'organisme fournisseur pour obtenir un produit de meilleure qualité.

Les PME et PMI sont entraînées dans ce mouvement par les donneurs d'ordre. Le danger pourrait venir de ce que ces PME et PMI perdent toute leur autonomie et ne soient plus que des exécutants pour les donneurs d'ordre, sans

en avoir le statut. L'entreprise étendue n'a d'intérêt que s'il existe un véritable partenariat entre ses différentes composantes.

7.3.3 Relancer la dynamique qualité

Le progrès continu prôné par la norme et le principe de la roue de Deming pour assurer l'amélioration continue du système de management de la qualité sont certainement indispensables et souhaitables, à condition que cela ne devienne pas une routine. Il n'y a rien de plus pernicieux qu'une méthode efficace appliquée par habitude. C'est en effet souvent la cause de dysfonctionnements que l'on découvre très tardivement.

Pourquoi ne pas, dans ces conditions, donner de temps en temps un bon coup de pied dans la fourmilière ou sonner le réveil en proposant à l'ensemble du personnel un challenge ? Ce défi pourra être l'obtention de la certification dans un délai relativement court, puis l'obtention d'un prix qualité ou le gain de points lors d'une autoévaluation.

> « Le marché ne nous a pas mis la pression pour que nous obtenions la certification. Ce projet répondait à des besoins internes d'amélioration des conditions de travail et de sauvegarde de notre niveau de valeur ajoutée, mis à mal par le renchérissement du yen. »[48]

Quel que soit le moyen retenu pour relancer la dynamique qualité, il faut garder à l'esprit que rien de valable ne peut se faire sans une forte implication de tout le personnel et une campagne de communication bien préparée.

7.3.4 Faire comme tout le monde et suivre la mode

C'est bien entendu l'objectif à ne pas conseiller. Le réveil peut être extrêmement douloureux lorsque l'on réalise que les dépenses induites par la préparation et l'obtention de la certification ne se retrouvent pas dans les gains en termes de chiffre d'affaires ou de qualité de service.

Est-il exact que cet objectif est encore largement répandu ? Oui, c'est un objectif que l'on trouve dans la plupart des organismes dont la direction générale pense encore que la qualité, ce n'est que l'affaire de la direction Qualité.

---

[48] Jean-Marc Bignet (président de Meditor), *Enjeux* n° 219, novembre 2001, p. 29.



Le défi

Point de départ + 4 mois

Maguy – Excusez-moi, je suis en retard car j’ai participé, avant de venir, à une réunion un peu longue pour faire le point sur l’avancement de notre projet.

Michel – Pas de problème en ce qui me concerne, j’en ai profité pour faire quelques seaux de balles.

Éric – Je vais être imbattable sur le green car cela fait deux bonnes heures que je travaille mon putting. Par contre, Thierry j’ai vu que tu as beaucoup de mal à sortir des bunkers.

Maguy – Je vois que vous avez pris de l’avance, mais avant d’aller nous mesurer sur un parcours, nous avons du travail. Je crois que c’est à mon tour de vous exposer notre façon de procéder et de vous dire où nous en sommes aujourd’hui.

Notre premier souci a été de définir les objectifs de la mise en œuvre d’un système de management de la qualité et plus précisément de la certification de notre établissement, en dehors du fait que je me suis personnellement engagée dans ce défi pour gagner. Nous sommes partis pour cela de l’analyse des dysfonctionnements les plus connus et des difficultés que nous rencontrons au quotidien. Heureusement que nous disposions de résultats de mesure, ce qui a facilité le choix de notre objectif.

Nous avons décidé d’agir simultanément selon deux axes :

– améliorer le service que nous offrons à nos protégés avec deux objectifs principaux : réduire de 30 % le temps d’attente des parents pour obtenir un rendez-vous de consultation et réduire la durée de séjour des enfants de 10 % ;
– améliorer le fonctionnement de notre établissement pour pouvoir procéder à un redéploiement budgétaire qui devrait nous permettre la création de plusieurs postes d’éducateur. Notre objectif est de six postes supplémentaires à la fin de l’année.

Ayant fixé nos objectifs, nous nous sommes attachés à faire en sorte que tout le personnel se les approprie. C’est dans ce but que nous avons dès maintenant associé à nos réflexions le responsable du personnel et de la communication pour pouvoir très vite lancer une campagne d’explication et de motivation sur le thème de la certification.

Enfin, nous avons considéré que pour obtenir dans de bonnes conditions la certification, il fallait assimiler cette opération à un véritable projet d’entreprise. C’est pourquoi un chef de projet a été désigné, charge à lui de constituer sa propre équipe.

Parallèlement, je suis allée suivre une formation portant sur la connaissance et l’interprétation de la norme ISO 9001 (2008). Je suis maintenant en mesure de

transmettre cette connaissance au sein de l'équipe de projet et plus généralement à l'ensemble du personnel. Je vous signale, à ce propos, qu'il existe une offre importante et très diversifiée de formations portant sur ce thème. Mais attention, lorsque l'on examine le détail des programmes ou l'expérience des intervenants, on constate des écarts importants entre les différentes propositions. Beaucoup d'entre elles se bornent à une exégèse de la norme sans apporter au stagiaire ce qui l'intéresse le plus, à savoir des pistes résultant d'un vécu pour la mise en application des exigences.

Michel – Je crains que vous ne puissiez pas tenir dans les délais que nous nous sommes fixés. Tu aurais dû nous dire dès le départ que tu n'y connaissais rien à la qualité. Si, en plus, tu prends du temps pour t'organiser au lieu de te mettre au travail, tu vas en avoir pour quelques années.

Maguy – Détrompe-toi, je pense très sérieusement que non seulement nous atteindrons notre objectif de certification selon la norme ISO 9001 (2008), mais nous allons profiter de cette opération pour obtenir l'accréditation qui est imposée aux établissements comme le nôtre.

Thierry – En ce qui me concerne, je trouve ta démarche très intéressante parce que bien structurée. J'ai, quant à moi, un petit problème, c'est celui de la mobilisation, sur un tel projet, des intervenants auxquels nous faisons ponctuellement appel pour réaliser les formations que nous proposons. La solution que j'ai retenue consiste à les associer dès le départ à l'analyse et, le cas échéant, à la redéfinition de l'organisation pédagogique des formations. Nous avons d'ores et déjà lancé un certain nombre de groupes de travail sur ce thème.

Éric – Pour ma part, il va de soi que sans une bonne communication, je n'aboutirai à rien. Les chercheurs du laboratoire sont très attachés à leur indépendance et ils n'accepteront des règles communes que si on leur fait la démonstration de leur utilité. Compte tenu de l'importance de ce sujet, je me propose de l'approfondir et de vous le présenter dès la semaine prochaine si vous en êtes d'accord.

Mais je me rends compte que nous devons nous dépêcher si nous ne voulons pas perdre notre heure de départ. Nous pourrons poursuivre notre discussion en marchant d'un trou à l'autre.

7.4 Définir et mettre en place le dispositif qui va permettre d'atteindre l'objectif fixé



La démarche de certification doit être considérée comme un projet et, en tant que tel, elle doit être « mise sous qualité », c'est-à-dire que l'on doit lui appliquer, comme à n'importe quel projet, les règles de l'art et faire en sorte qu'il réponde aux exigences de la normalisation en matière de management de la qualité.

Rappelons que les principales caractéristiques d'un projet sont les suivantes :

- il est temporaire, il a un début et une fin ;
- il satisfait un besoin spécifique et particulier ;
- il a un caractère novateur ;
- il dispose de ressources : humaines, financières, matérielles.

Un projet a des objectifs dont la cohérence doit être assurée :

- performances techniques ou fonctionnelles ;
- coûts et retour sur investissement ;
- délais.

Un projet comporte toujours une série de phases ou étapes qui peuvent se chevaucher. Dans chacune des phases sont ensuite définies des activités. S'agissant de la phase de définition et de mise en place de la structure projet du processus de certification, ces activités peuvent être :

- faire un rapide état des lieux pour évaluer l'effort à consentir ;
- désigner un responsable du projet certification ;
- établir un planning de réalisation. Il s'agit d'une planification écrite, globale et par principales étapes, incluant les délais et les budgets. Associés à

cette planification, des objectifs clairs doivent être fixés en termes de coûts, de délais et de performances. Mais ceci ne servira pas à grand-chose si toutes ces informations ne sont pas largement communiquées au sein de l'organisme. Il y a donc lieu de :

- distribuer les rôles,
- mettre en place un tableau de bord,
- définir et débloquer les ressources.

La définition du dispositif nécessaire au bon déroulement d'une opération de certification est exclusivement du ressort de la direction générale de l'organisme. Ceci, même si le responsable de la qualité dispose d'une grande partie des informations qui aideront à la prise de décision.

Il s'agit pour la direction d'apprécier les contraintes existantes pour définir les moyens nécessaires à la planification du projet et à sa réalisation.

La décision de la direction doit se traduire par :

- l'existence d'une planification écrite, globale et par la définition des principales phases, incluant les délais et les budgets ;
- des objectifs clairs en termes de coûts, délais et performances du projet ;
- la communication des objectifs.

La structure de projet ayant été mise en place et son rôle ayant été défini, il faut préciser à qui et dans quelles conditions le chef de projet doit en rendre compte.

Pour les grandes entreprises, on a dans de nombreux cas recours à un comité de pilotage dont le rôle est d'assurer une coordination au niveau du calendrier, de prendre les décisions qui s'imposent quant aux investissements nécessaires, d'agir comme un groupe de créativité, d'être une instance pour la recherche de solutions aux problèmes qui lui sont soumis par le chef de projet, d'affecter les moyens (humains et matériels), etc. Le comité de pilotage peut aussi être la préfiguration du comité qui réalisera les revues de direction.

Le comité de pilotage doit être présidé par un membre du comité de direction ou par le directeur de la qualité, à condition qu'il n'assure pas en même temps la fonction de chef de projet certification. On doit y trouver des représentants de la direction générale, de la qualité, des services généraux, de la direction des ressources humaines, ainsi que des principales activités de l'organisme. Il faut cependant que le nombre de représentants dans un tel comité reste raisonnable pour que les débats puissent être productifs.

Dans les structures moins importantes, un comité de pilotage ne s'impose bien évidemment pas. C'est en général le comité de direction qui doit jouer ce rôle.



Le défi

Point de départ + 5 mois

Éric – Comme convenu, je vais donc vous présenter nos projets en matière de communication. J'ai le sentiment que nous bousculons un peu les habitudes dans ce domaine. C'est pourquoi je vous demande de me laisser aller au bout de mon exposé sans m'interrompre, nous pourrons en discuter ensuite.

Lors de notre dernière rencontre, je vous ai dit qu'une bonne communication était un atout important pour la réussite de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité et du projet de certification. J'ai donc demandé à notre directeur des ressources humaines et de la communication interne de présenter un plan de communication à notre comité de direction. Je dois dire que je m'attendais à ce que la discussion de ce plan ne soit pas facile à canaliser, mais certainement pas à ce point. Toutes les personnes présentes se sont conduites comme si elles étaient des spécialistes en la matière et chacune d'entre elles était persuadée de détenir la vérité. D'où une absence totale d'écoute et un comportement on ne peut plus négatif chaque fois qu'une proposition était avancée. Notre directeur des ressources humaines n'a pu à aucun moment organiser le débat et en tirer des conclusions. J'ai bien cru que je ne m'en sortirais jamais et surtout j'ai pris conscience de la gravité de la situation dans laquelle nous nous trouvions. J'ai alors décidé de prendre le taureau par les cornes et de lancer immédiatement les actions qui s'imposaient :

- tous les membres du comité de direction doivent suivre une formation pour acquérir les principes de base d'une bonne communication ;
- dorénavant, la communication interne sera rattachée au responsable qualité. Un poste est ouvert pour l'embauche d'un spécialiste en la matière. J'ai d'ailleurs quelqu'un en vue qui est immédiatement disponible ;
- pour notre projet de certification, un plan de communication détaillé doit être rapidement élaboré. Ce plan doit faire apparaître les différentes actions nécessaires tout au long de l'opération de certification, les supports qui seront utilisés et surtout les messages à faire passer.

J'aime autant vous dire que ces décisions, et en particulier la seconde, ont jeté un froid, mais je ne regrette rien car je considère que nous ne devons pas faire de l'à-peu-près en la matière.

Michel – Ton exposé est un peu court et ressemble à un flop d'une balle de golf dans un obstacle d'eau. Ta décision principale de rattachement de la communication interne à la direction qualité mériterait quelques explications. Pour ma part, j'estime que tu fais n'importe quoi. C'est bien une mentalité de chercheur, il faut tout bousculer pour pouvoir

faire en sorte que cela marche. Les DRH ne s'en sortent pas mal du tout avec la communication interne et je n'ai aucune raison de modifier cette situation.

Maguy – Plutôt que de comparer ta décision à un flop dans un obstacle d'eau, je dirais que tu as choisi le club idéal pour un superbe coup. Je trouve ton idée plus qu'intéressante, car il est vrai qu'un système de management de la qualité suppose que 80 à 90 % de la communication interne concerne la qualité au sens large. Surtout si l'on tient compte de la tendance actuelle qui veut que l'on passe petit à petit du management *de* la qualité au management *par* la qualité. Ceci est particulièrement vrai pour les organismes de petite taille ou de taille moyenne, c'est pourquoi je comprends la réaction de Michel sans pour autant adhérer à sa position.

Éric – C'est exactement ce que je me suis dit. D'ailleurs, si l'on examine le contenu de notre revue interne on constate que plus des trois quarts des articles concernent la qualité, le reste traitant du fonctionnement du laboratoire en termes de réalisation de partenariats, de conférences ou de publications. Mais est-ce que cela ne fait pas aussi partie de la qualité ?

Je ne dis absolument pas que ma solution est la seule valable. Mais je suis persuadé que la fonction communication interne devra à l'avenir être *a minima* partagée entre la direction des ressources humaines et la direction de la qualité.

Thierry – J'adhère totalement à ton point de vue et je vais de ce pas examiner dans quelles conditions nous allons pouvoir l'adopter dans notre société. Je pense d'ailleurs qu'il y a un élément supplémentaire qui conforte cette position : c'est la nécessité d'une cohérence entre les actions menées pour assurer une bonne maîtrise de la qualité et les actions nécessaires pour obtenir l'adhésion du personnel, le motiver et *in fine* valoriser les actions individuelles et collectives.

Maguy – Pas de partie de golf pour moi aujourd'hui. J'ai des courses à faire car j'ai invité quelques collègues pour parler justement de communication interne et mettre au point une nouvelle campagne.

7.5 Établir un plan de communication

Le plan de communication est indispensable car il doit apporter la contradiction et une réponse aux cassandres qui ne manqueront pas de se répandre dans les couloirs en répétant à qui veut l'entendre : « On n'a pas besoin de la certification pour faire des produits de bonne qualité, de toute façon on ne nous donnera pas de budget supplémentaire, c'est encore du boulot en plus, dans six mois on n'en parlera plus et on nous proposera quelque chose d'autre », etc. De tels propos, si on laisse faire sans réagir, démotivent très vite et pour longtemps le personnel.

Il est vrai que l'on peut concevoir et fabriquer d'excellents produits ou offrir de très bons services sans pour autant être certifié. C'est le cas de très nombreux artisans. Dans un organisme, il est néanmoins important de faire comprendre aux réticents que la certification est un gage de qualité pour le client ou l'usager et que s'y préparer est une occasion de remettre en cause certaines habitudes en vue d'améliorer le fonctionnement de l'organisme.

Pour les entreprises qui ne bénéficient pas d'un historique en matière de qualité, la communication est le plus souvent centrée sur l'idée d'une démarche qualité, mais attention : cela peut avoir une connotation tout à fait négative.

> « Démarche qualité : accumulation de procédures dans des classeurs. Quand on en a beaucoup, on gagne un label ISO et, après, on a le droit de rejouer. »[49]

Le mieux reste encore de lancer une première opération de communication préparant au changement. Cela présente l'avantage d'annoncer la couleur dès le départ.

Un des objectifs d'une telle opération de communication est de répondre par avance aux interrogations du personnel. Elle traitera par exemple des sujets suivants :

- **Quelle est notre ambition ?**

C'est un thème essentiel parce qu'il conditionne pour une bonne part le degré d'adhésion de l'ensemble du personnel. La présentation de cette ambition devra donc être compréhensible par tous. La réussite de l'opération dépendra de la crédibilité que le personnel accordera à l'ambition affichée.

---

[49] Marie-Anne Dujarier, *Il faut réduire les affectifs – Petit lexique de management*, Mots et Cie, 2001.

● **Pourquoi devons-nous changer ?**

Il ne faut pas hésiter, si nécessaire, à dramatiser la situation et à créer un sentiment durgence. La difficulté est de trouver le bon dosage pour éviter une démobilisation compte tenu de la « catastrophe attendue ».

● **Quels sont les objectifs que nous visons à travers une certification ?**

Ces objectifs doivent être ambitieux pour constituer un challenge, mais ils doivent rester atteignables. Le personnel doit y croire et être persuadé qu'ils ne sont pas impossibles à atteindre.

● **Qui est concerné ?**

Il va de soi que tout le personnel doit être concerné, mais cela va encore mieux en le disant. Il suffit qu'une seule catégorie de personnel se sente exclue ou ne voit pas en quoi elle est concernée pour rendre plus difficile le déroulement d'un projet de certification.

● **Comment s'y prendre pour atteindre l'objectif ?**

Ce chapitre est particulièrement important, car les informations fournies (une organisation, des méthodes, un suivi) sont de nature à montrer qu'il n'est pas question de laisser chacun se débrouiller dans son coin. Au contraire, l'intention est de maîtriser l'ensemble du projet et de faire en sorte que tout le monde y trouve sa place.

● **Avec quels moyens ?**

Voilà un sujet qui est récurrent lorsque l'on propose de faire quelque chose qui n'entre pas dans le cadre du fonctionnement habituel de l'organisme. Il faut faire savoir qu'à chaque action sera associé un nombre d'heures, ceci même s'il ne s'agit que d'un simple réaménagement du budget existant. Il est aussi important de mettre en correspondance le budget attribué et les objectifs qui se traduiront dans la majorité des cas par des gains. C'est un des éléments indispensables de la mesure du retour sur investissement.

Et puis, il faut apporter une réponse à ceux qui s'inquiètent de ne pas trop savoir de quoi l'on parle et qui se demandent comment ils vont pouvoir être partie prenante du projet de certification. Il est indispensable d'indiquer au personnel que toute l'aide nécessaire lui sera apportée sous différentes formes : formations, par exemple, voire aide personnalisée.

Cette opération de communication doit aussi avoir pour objectif d'expliquer en quoi consiste le management de la qualité et quelles sont les principales évolutions – on parle même de révolutions – auxquelles il faut s'attendre.

L'idéal est de lancer, très rapidement après cette opération de communication, une enquête auprès du personnel pour mesurer l'impact de l'opération et, par la même occasion, de déceler les thèmes qui devront être abordés dans le cadre d'un plan de communication qui couvrira toute la période de définition et de mise en œuvre du système de management de la qualité jusqu'à l'obtention de la certification (voir un exemple de questionnaire d'enquête en annexe).

Ce plan de communication particulier ne doit pas être en contradiction avec le plan de communication qualité de l'entreprise établi en général annuellement. Rappelons que ce plan de communication doit prendre en compte au minimum les quatre thèmes suivants :

1. **La stratégie** : il s'agit de faire connaître et comprendre la stratégie et la politique de l'organisme, et de faire connaître et comprendre les objectifs de la direction.
2. **La marche de l'entreprise** : valoriser les événements positifs prévisibles (contrats importants, mise sur le marché d'un nouveau produit ou d'un nouveau service, mise au point d'une technique, etc.). Expliquer les échecs ou les difficultés. Mais surtout, faire apparaître tout ce qu'une démarche qualité apporte en termes de progrès à la fois collectif et personnel.
3. **La qualité** : dynamiser les opérations qualité en cours. Faire connaître les progrès, mais aussi les échecs. Préparer à de nouveaux événements comme la certification, par exemple.
4. **La motivation du personnel** : valoriser les réussites individuelles ou collectives avec pour objectif la motivation et l'implication du personnel à tous les niveaux.

La communication doit beaucoup plus insister sur le *pourquoi* que sur le *comment*. Il existe un nombre impressionnant de méthodes (le *comment*). Mais peu d'organisme font l'effort de rechercher la méthode la mieux adaptée à leur situation (le *pourquoi*). On a trop tendance à insister sur ce qu'il y a lieu de faire sans traiter des raisons qui conduisent à faire.

Il faut utiliser des termes simples, compréhensibles par tous et qui ne soient pas ambigus. Éviter ce que les qualiticiens ont malheureusement souvent l'habitude de faire, à savoir utiliser des termes dont le commun des mortels ne

sait pas trop ce qu'ils recouvrent. La situation est encore pire lorsqu'il s'agit de termes importés des États-Unis.

> « Parlez d'*empowerrment* au lieu de délégation des responsabilités, et vous aurez toujours quelques collaborateurs pour y voir une tentative yankee d'exploitation de l'homme par l'homme. »[50]

Enfin, rappelons que si tout le monde peut se targuer de savoir communiquer, il n'en est souvent rien dans la réalité. La communication est une affaire de spécialiste, car c'est une discipline qui a ses règles. Même si la plupart des principes de base paraissent simples à mettre en œuvre, une bonne pratique est indispensable pour éviter des erreurs qui sont parfois lourdes de conséquences.

Certains considèrent être d'excellents communicants sous prétexte qu'ils multiplient les interventions et les publications. Or si de telles pratiques constituent un bon moyen d'information, elles ne contribuent pas forcément à améliorer la communication. En effet, informer consiste pour un émetteur à faire simplement passer un message à un récepteur ; tandis que communiquer, c'est faire en sorte que l'information suscite un message en retour de la part du récepteur (*cf.* figure 7.2).

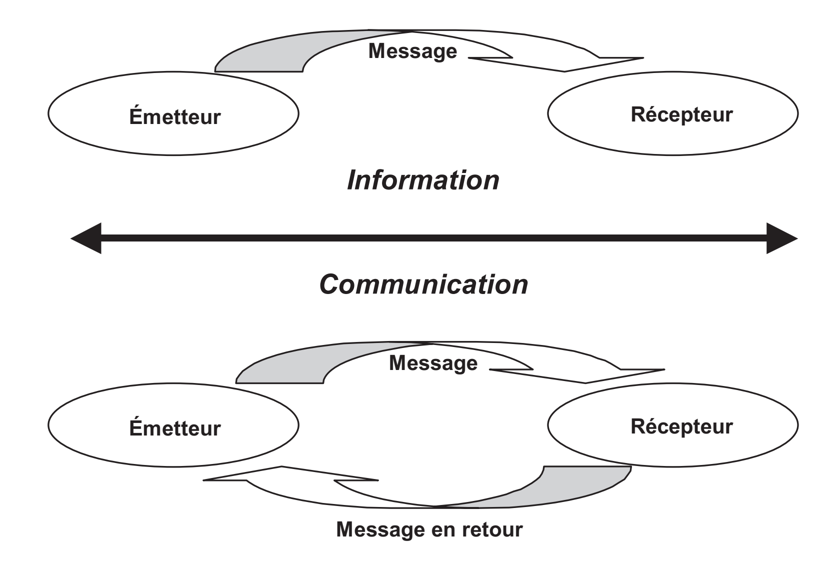


Figure 7.2 Transmettre une information/communiquer

---

[50] Frédéric Georges, « *Do you speak management* ? », in *L'entreprise* n° 196, janvier 2002.

Il faut aussi retenir qu'un auditeur ou un lecteur peut extraire d'un même texte trois types de messages en fonction du contexte dans lequel il se trouve, voire de son état d'esprit du moment.

Considérons par exemple la déclaration de direction suivante :

> « La conjoncture internationale nous oblige à beaucoup de vigilance quant au niveau de nos prix de revient. Nous devons veiller à ce qu'ils continuent de baisser. Je vous demande de tout mettre en œuvre pour atteindre nos objectifs. Un nouveau point sera fait dans un mois pour nous assurer que nous continuons sur la bonne voie. »

On peut y déceler trois types de messages :

- message de constatation : « Notre PDG se préoccupe de la concurrence. » ;
- message de recommandation : « Nous devons faire attention si nous ne voulons pas nous faire attraper dans un mois » ;
- message d'opinion : « Ce n'est pas avec des discours que nous pourrons faire avancer les choses. »

On voit donc que le texte doit être aussi explicite que possible si l'on ne veut pas que ceux à qui il est destiné en fassent une interprétation erronée. Le mieux est encore d'annoncer d'emblée la couleur et de préciser le type de message que l'on souhaite faire passer.

Pour que la communication fonctionne correctement, il faut donc que le message à transmettre soit clair, que le référentiel (sujet abordé, vocabulaire utilisé, etc.) dans lequel se situe le message soit le même pour les deux interlocuteurs (émetteur et récepteur). Il faut aussi que le message en retour soit traité et analysé pour en tirer, le cas échéant, les conséquences.

7.6 Former au management de la qualité

Mais à quoi peuvent bien servir un dispositif organisationnel et un budget si personne n'est en mesure d'utiliser efficacement ces moyens, tout simplement parce que les personnes qui auraient à le faire ne savent pas comment s'y prendre ? Le projet de certification doit tenir compte des besoins et des attentes du personnel en matière de formation aux principes du management de la qualité, mais aussi aux outils et méthodes de la qualité.

Pour l'essentiel, en supposant que l'encadrement de la direction qualité ou le responsable qualité ait été formé et possède une qualification suffisante, il faut prévoir quatre types de formations supplémentaires :

1. Formation du management et de la hiérarchie intermédiaire ;
2. Formation des pilotes de processus ;
3. Formation d'auditeurs pour les organismes qui peuvent se le permettre (amortissement acceptable de l'investissement correspondant) ;
4. Formation de tout le personnel.

Ces formations peuvent être dispensées en interne ou en faisant appel à un organisme spécialisé. Le choix d'un tel organisme et du programme de formation sont primordiaux. Il ne faut surtout pas se tromper. Quelle que soit la solution retenue, les programmes doivent obligatoirement traiter d'un certain nombre de sujets. Par exemple, pour les quatre types de formation cités, la bonne compréhension du management des processus doit en être un thème central.

7.6.1 La formation du management

Les thèmes à aborder au cours de ce type de formation sont multiples et dépendent bien évidemment du niveau de culture qualité déjà acquis par la hiérarchie. De toute façon, une petite piqûre de rappel ne peut pas faire de mal.

Cas d'une société n'ayant pas encore mis en œuvre un système qualité

Tout est à faire et il est nécessaire de prévoir une formation qui s'étale au moins sur trois journées. Les thèmes qui doivent être abordés au cours de cette formation sont *a minima* les suivants :

– Connaissance de la norme ISO 9001 (2008). La difficulté consiste à balayer chacun des paragraphes de la norme pour en faire ressortir les éléments essentiels sans que cela soit rébarbatif pour les stagiaires. L'intervenant ne doit pas se contenter de faire une explication de texte mais veiller plutôt à illustrer ses propos par des exemples concrets.
– Maîtrise des processus. Ce thème doit être abordé succinctement sous l'aspect théorique et très largement sous les aspects pratiques de l'analyse des processus, de leur mise en œuvre, de leur amélioration et de leur maîtrise.

– Communication et qualité. Il s'agit de rappeler quelques principes de base et de construire le plan de communication qui accompagne toute opération importante liée à la qualité.

Au-delà de ces thèmes, il sera très utile à la hiérarchie d'apprendre à se servir de quelques outils simples d'analyse tels que la RCFI (relation client/fournisseur interne), une méthode de résolution de problème (MRP) et, éventuellement, l'analyse fonctionnelle appliquée aux processus.

Cas d'une société ayant une bonne pratique de la qualité et souhaitant passer au management de la qualité

Il s'agit d'apporter un éclairage à la fois sur les spécificités de la version 2008 de la norme, de proposer des pistes pour répondre à ses exigences et surtout d'attirer l'attention sur l'importance du rôle du management.

Le programme d'une telle session de formation pourrait ainsi être le suivant :

1. Les quatre « révolutions » introduites par la version 2000 :

– la révolution client, qui se traduit par la prise en compte des besoins et des attentes des clients à tous les niveaux de l'organisme avec l'amplification de l'écoute et la vérification par des mesures factuelles que les produits et services fournis ont répondu aux besoins et aux exigences des clients ;

– la révolution processus, qui conduit à repenser l'organisation et qui assure une bonne maîtrise des interfaces internes comme externes avec l'identification et la maîtrise des processus qui conduisent à une nouvelle approche du management et de l'organisation ;

– la révolution amélioration permanente qui consiste à mettre en œuvre des méthodes et des outils pour assurer un progrès constant des performances tant au niveau individuel que collectif. Elle traduit la pratique de la roue de Deming (PDCA) sur les processus et sur toutes les activités de l'organisme ;

– la révolution management, qui induit une très forte implication de la direction au niveau opérationnel (écoute client, communication, etc.), ce qui se concrétise par exemple par des prises de décisions basées sur des faits constatés.

2. L'approche processus : quels sont les avantages que l'on peut retirer de cette approche si l'on reste modeste et pragmatique, ou, à l'inverse, quels en sont les inconvénients si l'on se laisse entraîner à bâtir une « usine à gaz ». La hiérarchie doit pouvoir utiliser une méthode simple d'analyse des processus.
3. Les conséquences sur l'organisation et le management : mise en place de nouvelles fonctions telles que le pilote de processus ou encore le correspondant qualité pour les organismes de grande taille ; revue de la répartition des responsabilités suivie d'ajustements éventuels de l'organisation.

7.6.2 La formation des auditeurs

L'audit qualité interne étant une exigence de la norme, l'organisme doit y répondre en faisant appel à des auditeurs qui disposent d'un certain degré d'indépendance. Il n'est pas indispensable que les auditeurs fassent partie du personnel de l'organisme. Les petites et moyennes entreprises peuvent faire appel à un organisme extérieur qui réalisera les audits programmés par l'entreprise. Mieux encore, certains organismes se sont arrangés, avec le concours du Mouvement français pour la qualité par exemple, pour réaliser des audits croisés. Cette façon de procéder permet d'assurer l'indépendance nécessaire, mais aussi d'offrir aux auditeurs une ouverture vers l'extérieur des organismes auxquels ils appartiennent.

Il existe aujourd'hui de nombreuses propositions de formation à l'audit, mais il n'est pas toujours facile d'en sélectionner une qui soit bonne. Une évaluation du programme proposé s'impose pour s'assurer, par exemple, que la mesure de l'efficacité d'un système ou d'un processus y est bien traitée.

Les nouvelles notions introduites par la version 2000 de la norme ISO 9001 font que les compétences requises pour réaliser un audit ne se limitent plus, comme cela était trop souvent le cas, à des contrôles de conformité.

Outre la formation classique de compréhension des normes (ISO 9001 et 19011), un bon auditeur doit être en mesure de donner un avis sur les composantes essentielles du management d'un organisme (politique, stratégie, organisation, méthodes, etc.). Il doit surtout savoir évaluer l'efficacité du système qu'il audite et pour cela disposer d'un outil de mesure et ne pas se contenter de vérifier si les objectifs de l'organisme ont été tenus. Une matrice de maturité (ou d'efficacité) suffisamment générale et surtout facilement

adaptable est un outil qui permet une mesure aussi objective que possible de l'efficacité d'un système de management de la qualité. Des exemples de telles matrices sont donnés en annexe.

7.6.3 La formation des pilotes de processus

Comme pour l'auditeur, pour pouvoir assurer dans de bonnes conditions la fonction de pilote de processus, il faut impérativement disposer d'une méthode d'analyse pour évaluer l'efficacité d'un processus, proposer les améliorations susceptibles d'augmenter cette efficacité et chercher à atteindre l'efficience.

Le programme d'une telle formation doit prendre en compte les sujets suivants :

- Connaissance de la norme ISO 9001 (2008), en insistant sur toutes les exigences qui concernent les processus. Il est aussi intéressant de se référer chaque fois que cela est possible à la norme ISO 9004 (2000) ;
- Principes de l'approche processus ;
- Méthode d'analyse des processus et outils de la qualité associés (RCFI, MRP, etc.).

Le rôle du pilote de processus consiste :

- À s'approprier le processus et, pour cela, à en faire une analyse critique pour être sûr d'en avoir compris tous les rouages et levé les ambiguïtés s'il en existe. Formation aux méthodes d'analyse.
- À mettre en place un tableau de bord du processus. Sur la base des dysfonctionnements connus ou supposés, définir les indicateurs (deux ou trois au maximum) qui vont permettre de vérifier la réalité de ces dysfonctionnements. S'ils sont effectivement prouvés, fixer avec les acteurs du processus concernés un objectif d'amélioration, et mettre en œuvre des méthodes et des outils permettant de supprimer les causes de ces dysfonctionnements. Formation concernant les indicateurs et le tableau de bord.
- À piloter les actions d'amélioration. Appliquer les principes de la gestion de projet. Formation à la gestion de projet et maîtrise d'une méthode de résolution de problème.
- À améliorer en permanence l'efficacité des processus. Pour cela, et pour atteindre les objectifs fixés par la direction, procéder à des analyses détaillées mettant en exergue les domaines d'amélioration possibles. Définir et mettre en œuvre les moyens permettant de mesurer l'évolution de

l'efficacité du processus. Formation aux méthodes d'analyse des processus, à la RCFI (relation client/fournisseur interne) et constitution d'une matrice d'efficacité.

La durée d'une telle formation est évidemment dépendante des connaissances déjà acquises par les stagiaires. Il faudrait pouvoir dispenser systématiquement des formations à la carte, permettant de prendre en compte la situation de départ de chaque pilote de processus.

7.6.4 La sensibilisation ou formation de l'ensemble du personnel

Cette sensibilisation doit concerner tout le personnel de l'organisme. C'est une des premières actions à engager pour mobiliser le personnel autour de l'objectif de certification.

Mais il ne faut pas vouloir à tout prix faire de chaque individu un spécialiste du management de la qualité. Il faut veiller à laisser l'expertise aux seuls qualiticiens dont le rôle est justement de traduire les normes et exigences en un langage accessible pour tous. Le personnel doit être quant à lui sensibilisé aux évolutions auxquelles il doit s'attendre dans le déroulement de son travail quotidien.

Même si la durée de la formation est faible (inférieure ou égale à la journée), plusieurs sujets doivent y être traités :

- Un historique de l'évolution du concept qualité (pour les organismes qui n'ont pas d'expérience particulière en la matière).
- Un exposé sur ce que recouvre le management de la qualité pour l'organisme. Les spécialistes s'étant ingéniés à multiplier les concepts (qualité, assurance de la qualité, management de la qualité, qualité totale ou globale, gestion de la qualité, management par la qualité) les personnes non initiées peuvent éprouver quelques difficultés pour faire la différence entre les concepts et comprendre toutes les subtilités qui s'y rapportent. L'expérience montre que pour la grande majorité des « démarches qualité » qui ont été entreprises, le terme qualité n'a pas été défini. Il ne faut pas alors s'étonner d'avoir des difficultés à faire en sorte que tout le personnel adhère de façon cohérente à une de ces démarches.
- La notion de qualité perçue par le client qui est de plus en plus exigeant en la matière. Un produit d'excellente qualité ne sera pas perçu comme tel si les services associés (accueil, livraison, mode d'emploi, service après vente, etc.) laissent à désirer. On fait ainsi comprendre en quoi tout le

monde est concerné par la prise en compte des besoins et attentes des clients. C'est donc une notion fondamentale qu'il appartient à chaque organisme de définir, car elle dépend de la nature du produit et du type de client auquel l'organisme s'adresse.

- La notion de processus, avec bien sûr tous les avantages que l'on peut en attendre à titre individuel et collectif.
- L'implication de tous pour ce qui concerne l'amélioration permanente des processus, des activités, du fonctionnement, des produits et services et donc du système de management de la qualité.

Le risque d'une telle sensibilisation est qu'elle apparaisse comme étant très théorique ou, pire encore, qu'une majorité du personnel considère qu'elle n'est pas concernée parce qu'elle ne dispose pas des méthodes et des moyens nécessaires à l'application des principes qui lui sont exposés. Pour éviter ce risque, le mieux est de présenter, à travers l'étude d'un cas, des outils simples qui démontreront que ce qui est demandé est à la portée de tous. Parmi ces outils, la « relation client/fournisseur interne » doit tenir une place toute particulière.

Une excellente formule consiste aussi à former, dans chaque unité de l'organisme, un ou plusieurs formateurs qui à leur tour formeront le personnel de leur unité. Cette formule présente un double avantage : impliquer concrètement le personnel dans l'opération de préparation à la certification et faire en sorte que ce personnel puisse s'exprimer plus facilement durant les sessions de formation. Le risque est cependant que chaque formateur délivre ses propres messages et que l'on y perde en cohérence. Ce risque devient pratiquement nul si, lors de la formation des formateurs, tous les supports dont ils auront besoin leur sont fournis, ainsi que des fiches qui leur donneront les principaux messages à délivrer au cours de la présentation.

Le labyrinthe

Après un court parcours sans trop de difficultés, les concurrents se présentent à un point de contrôle où les attend la première épreuve :

« Établissez un bilan de vos capacités actuelles et de vos points faibles. Si ce bilan s'avère être complet, vous serez autorisés à poursuivre votre chemin. Si au contraire votre bilan est incomplet ou erroné, votre équipe sera soumise à une épreuve de rattrapage. En supposant que vous réussissiez à passer cette nouvelle épreuve, pour pouvoir continuer votre chemin il vous faudra soit abandonner un de vos coéquipiers, soit payer une amende dont le montant dépendra de la nature de l'oubli ou de l'erreur que vous aurez faite dans votre bilan. Ainsi, si vous oubliez une qualité, l'amende ne sera pas importante ; si, en revanche, vous oubliez l'un de vos points faibles, l'amende sera élevée. Ce premier accroc, s'il a lieu, n'est pas anodin, il hypothèque en effet votre résultat final.

Si, après un second essai, vous échouez encore, nous vous autoriserons à prendre pour un temps la voie du cicérone. Si vous êtes déjà sur cette voie, votre équipe sera autorisée à changer de cicérone.

Vous avez certainement compris que pour trouver le bon chemin dans ce labyrinthe, il vous faut aller au fond des choses. »

Après avoir remis sa réponse, l'équipe repart affronter les embûches du labyrinthe. Elle est confrontée à plusieurs difficultés qu'elle réussit à surmonter grâce à quelques-uns des objets qu'elle a pris au départ dans le coffre.

8

La mise à niveau



Arrivé à ce stade, tout est en principe en place pour passer à la pratique. Il ne suffit cependant pas d'avoir mobilisé, motivé, sensibilisé, formé pour réussir la mise en œuvre d'un système de management de la qualité et obtenir une certification.

La qualité est d'abord, bien sûr, une affaire de bon sens. Mais c'est aussi un métier qui nécessite de bonnes connaissances théoriques et, comme pour tout

métier, une bonne dose de pratique est indispensable pour pouvoir se déclarer compétent. Il est donc souhaitable que l'organisme puisse faire appel, pour assurer l'efficacité de sa démarche, à un spécialiste du management de la qualité. L'idéal est que ce spécialiste fasse partie du personnel de l'organisme. Pour certains grands organismes, c'est bien évidemment au sein de la direction qualité que l'on trouve ces spécialistes. En revanche, pour beaucoup d'organismes il faudra faire appel à des qualiticiens appartenant à des sociétés de conseil, mais attention à bien choisir les intervenants et à veiller à ce qu'ils soient effectivement qualifiés.

8.1 Choisir son conseil

À ce stade des réflexions, beaucoup d'organismes éprouvent le besoin de se faire aider soit parce qu'ils ne disposent pas de spécialistes du management de la qualité suffisamment aguerris, soit parce qu'ils considèrent qu'une personne extérieure aura plus de facilités pour proposer et faire passer des réformes et, par conséquent, faire avancer le projet.

> « Accepter un bon conseil, c'est accroître sa propre performance. »[51]

Cependant, ces spécialistes sont rarement gratuits. Ils peuvent être payés plusieurs milliers d'euros par jour en fonction de leur expérience et de leur réputation. On comprend donc tout l'intérêt qu'il y a à ne pas se tromper lors du choix d'un consultant.

La première démarche à faire, lorsque l'on recherche un cabinet de conseil, est d'établir un cahier des charges aussi précis que possible, y compris sur les profils souhaités pour les intervenants. Dans le cas d'interventions importantes, il est recommandé de lancer un appel d'offres sur la base de ce cahier des charges. L'appel d'offres doit préciser qui fait quoi et indiquer des points d'arrêt au cours desquels un examen contradictoire de l'avancement et des résultats de la mission sera effectué.

La réponse d'un cabinet de consultant à ce type d'appel d'offres doit alors faire apparaître très clairement les différentes étapes de son intervention et la possibilité pour son client d'intervenir à tout moment pour procéder aux ajustements de la démarche et des travaux qui pourraient se révéler nécessaires (voir en fin d'ouvrage la fiche pratique consacrée à l'appel d'offres).

[51] Goethe, in *Citations pour le manager entrepreneur*, brochure éditée par le groupe ABC.

Un consultant peut intervenir à différents niveaux pour définir une démarche, faire un état des lieux et, le cas échéant, procéder à un audit de certification à blanc, faire des recommandations ou encore aider à la mise en œuvre du système de management de la qualité. Compte tenu de toutes ces possibilités, il faut que le client soit particulièrement vigilant quant au contenu de la prestation proposée par le consultant. Si l'on n'y prend pas garde, il est tout à fait possible pour un consultant indélicat de s'autoalimenter et d'aboutir à ce que le rapport coût/efficacité de sa prestation ne soit pas acceptable pour le client.

Un organisme de conseil a récemment fait paraître dans la presse une publicité dont le titre était le suivant :

> « Choisir des consultants qui ne vous laissent pas le choix, est-ce vraiment un choix ? »[52]

C'est bien reconnaître que le risque existe et que lorsqu'on s'y laisse prendre, le réveil est en général douloureux.

Un des arguments souvent avancé pour justifier le principe de faire appel à un consultant est que, ne faisant pas partie de l'organisme, il porte un regard neuf sur son fonctionnement. Par ailleurs, le consultant est supposé ignorer les querelles intestines ou, pour le moins, ne pas avoir à prendre parti dans un conflit interne. Cet argument se défend très bien mais il présente à l'inverse l'inconvénient de prendre le risque de ne pas tenir compte des comportements qui résultent de la culture d'entreprise.

On ne peut jamais ignorer totalement les situations relationnelles existantes et la culture d'entreprise. Il n'est donc pas souhaitable de s'en remettre entièrement à une personne qui n'appartient pas à l'organisme. C'est pourquoi il faut que toute intervention d'un cabinet de conseil se déroule sous la responsabilité d'un binôme consultant/personne appartenant à l'organisme.

Dans le principe, un conseil est indépendant. Mais peut-on imaginer que cela soit totalement vrai alors qu'il se trouve dans le contexte d'une relation client/fournisseur ? Il prend le risque, s'il ne dit pas ce que la direction veut entendre, de perdre un bon client. Il est assez fréquent qu'un consultant ne remette pas en cause une situation qu'il juge mauvaise, tout simplement parce qu'elle résulte d'une décision de la direction générale.

Au-delà de son expertise qui est souvent réelle, un des avantages d'un consultant est qu'il est bien placé pour animer des débats sur des sujets

---

52 Publicité Unilog management, in *Le Monde*, 2 mai 2002, p. 7.

particulièrement chargés en sous-entendus, qui n'auraient jamais eu lieu sans lui, et pour lesquels les risques de dérapages en interne auraient été importants. Il joue alors un rôle essentiel : celui de facilitateur.

Lors du choix du consultant, il faut toujours avoir à l'esprit que les conseilleurs ne sont pas les payeurs. L'organisme doit donc se donner les moyens de vérifier que les conseils qui lui sont donnés cadrent bien avec ses attentes et surtout avec ses possibilités matérielles.

> « Il est trop facile de faire des suggestions et d'essayer par la suite de se soustraire à leurs conséquences. »[53]

Il est d'abord indispensable de s'assurer par différents moyens de la compétence des intervenants de façon à ne pas se trouver dans des situations difficiles, voire inextricables, une fois le travail commencé.

Avec le changement de portage de la norme ISO 9001 (2000), passage de la conformité simple à la conformité associée à l'efficacité, on peut craindre que beaucoup de petites entreprises de conseil ne soient pas en mesure d'apprécier l'efficacité d'un système ou d'un processus, sauf à restreindre leur domaine d'intervention à des métiers qu'ils connaîtraient parfaitement.

Un bon critère de choix est justement la certification. En effet, on comprend mal que l'organisme de conseil puisse intervenir valablement si lui-même n'a pas validé la démarche qu'il propose en obtenant la certification. Il est aussi important que les personnes choisies pour aider l'organisme dans sa démarche aient elles-mêmes participé à l'opération de certification du cabinet de conseil auquel elles appartiennent.

Une fois le cabinet de conseil retenu, le demandeur est tout à fait en droit de récuser des intervenants qui ne lui paraîtraient pas convenir à la mission. Par exemple, il s'avère que plusieurs grandes entreprises de conseil embauchent de jeunes diplômés qui, après quelques mois de formation, sont envoyés en mission pour mettre en place des méthodes qu'ils n'ont jamais pratiquées, voire même dont ils n'ont jamais entendu parlé ou pour lesquelles ils ont uniquement une expérience livresque.

J'ai, pour ma part, pu constater à plusieurs reprises des situations de ce type. Par exemple, un jeune ingénieur chimiste envoyé, six mois après sa sortie de l'école, dans une usine automobile de la région parisienne pour conseiller la

---

[53] Nerhu, in *Citations pour le manager entrepreneur*, brochure éditée par le groupe ABC.

direction de l'usine sur la préparation à la certification selon la norme ISO 9001. De jeunes intervenants peuvent certainement apporter des éléments nouveaux au sein d'une équipe mais, sauf exception, ils ne disposent pas de l'expérience suffisante pour mener seuls une affaire du type certification de bout en bout. Si le consultant profite de cette mission pour se former, il ne faut pas que cela se fasse à la charge et aux dépens du client.

Il ne suffit donc pas de se fier à un curriculum vitæ pour arrêter son choix. Il est souvent nécessaire de demander des références et, le cas échéant, de se renseigner auprès des clients cités pour obtenir des informations complémentaires. Dans tous les cas, une première rencontre entre demandeur et intervenants, avant le début d'une intervention, est indispensable. Le premier contact se limite trop souvent à une rencontre avec le chef de la mission qui vient vanter les mérites des personnes qu'il va mettre sur le projet.

Malgré toutes ces précautions, il est encore possible de se laisser influencer par un bon commercial ou un « Monsieur je sais tout ». Et dans une telle situation, il ne reste plus qu'à espérer qu'il sache vraiment tout.

Mais il ne faudrait pas que l'énumération de toutes ces précautions laisse penser qu'il ne faut surtout pas faire confiance aux consultants. Bien au contraire, dans le domaine du management de la qualité, la grande majorité d'entre eux ont des compétences certaines et sauront conduire avec succès des missions de toutes sortes. Il s'agit simplement pour le demandeur de ne pas tomber sur les quelques charlatans comme il en existe dans toutes les professions.

Il faut dans tous les cas retenir qu'un conseil doit se limiter au conseil. On prend trop souvent un conseil pour faire le travail. Ceci est particulièrement vrai pour les très petites entreprises et parfois pour les PME/PMI qui ne disposent pas d'une structure relais pour mettre en musique les recommandations des intervenants. C'est ainsi que l'organisme se retrouve parfois avec un manuel rédigé par une personne extérieure à l'entreprise, qui ne reflète en rien la nature, la culture ou le vécu de l'entreprise. Il ne faut pas s'étonner dans ces conditions que le personnel considère que la qualité, c'est l'affaire des autres.

L'homme de l'art ayant été trouvé, il s'agit alors de définir, comme pour n'importe quel projet, les tâches à effectuer pour atteindre le but fixé. Connaissant l'état final auquel l'organisme veut aboutir, la réalisation d'un état des lieux permet de déterminer les travaux nécessaires pour atteindre cet état final et mettre en œuvre le système de management de la qualité qui aura été défini.



Le défi

Point de départ + 6 mois

Maguy – Comme nous n'étions convenus de rien pour notre après-midi, j'ai pris la liberté de retenir un départ pour nous quatre. Nous pourrons jouer en *stroke play*[54] *match play*, c'est plus reposant et, pour une fois, le « chacun pour soi » peut avoir du bon. Mais nous avons tout le temps de débattre, car notre départ est prévu pour 18 heures.

Thierry – Figurez-vous que je suis un peu moins sûr de moi. Les avatars que je rencontre contribuent fortement à me ramener à plus de modestie.

Après réflexion, j'ai trouvé le parcours de Maguy et de son établissement très intéressant et je me suis donc rallié à ses choix : définir des objectifs, communiquer et mettre en place une équipe de projet.

Pour pouvoir planifier et organiser son opération, le chef de projet désigné a décidé de réaliser un état des lieux pour déterminer ce qui restait à faire et évaluer la charge de travail. Je ne serais pas étonné que cela se traduise par une demande substantielle de budget supplémentaire.

Il a souhaité que l'état des lieux soit fait par une personne extérieure à l'entreprise pour pouvoir bénéficier d'un regard neuf et expérimenté. Il s'est adressé à une société de conseil « spécialiste » en la matière qui, très rapidement, lui a remis un rapport faisant apparaître que nous avons un travail considérable à faire pour nous mettre à niveau et pouvoir espérer obtenir un jour une certification.

Quelque peu intrigué par un tel diagnostic, j'ai demandé à l'une de mes connaissances, responsable qualité dans une société de service grand public déjà certifiée selon la version 2000 de la norme ISO 9001, de bien vouloir refaire un état des lieux.

J'aime autant vous dire que le chef de projet et moi-même avons été extrêmement surpris du résultat de ce nouvel examen. Nous nous trouvions en présence de deux conceptions très différentes du management de la qualité. D'un côté, ce que je serais tenté d'appeler « la qualité papier », que l'on pourrait définir de la façon suivante : le niveau de qualité de vos produits et services se mesure au poids des procédures écrites pour atteindre ce niveau. De l'autre côté, une qualité obtenue grâce à l'appropriation par l'ensemble du personnel de quelques règles simples : chaque individu doit considérer la qualité comme une composante essentielle de chacune des tâches dont il a la responsabilité, le papier n'étant que le support indispensable pour la description des règles communes à appliquer.

---

54 *Stroke play* : le compétiteur qui joue le ou les tours conventionnels dans le plus petit nombre de coups est le gagnant (*Nouvelles règles de golf illustrées*, Flammarion, 2000).

La recommandation principale de cet ami est de procéder à une analyse complète de nos processus, puis, en fonction du résultat obtenu et des objectifs fixés par notre direction, de rédiger la documentation nécessaire et suffisante pour décrire sous une forme appropriée nos processus.

L'analyse que nous avons effectuée, en utilisant une méthode simple et en impliquant le maximum de personnes, nous a fait prendre conscience que nous n'avions pas pris la peine d'appliquer dans notre entreprise les principes et les règles que nous préconisons au cours des formations que nous dispensons.

Au-delà de la réponse à notre défi dans les meilleurs temps, il nous est apparu clairement que la définition et la mise en œuvre d'un système de management de la qualité avait comme objectif de renforcer notre crédibilité et d'augmenter notre capacité à répondre aux questions pratiques et concrètes qui nous sont en permanence posées au cours des stages que nous organisons.

Par ailleurs, nous allons être conduits pour la première fois à assumer pleinement les conséquences de la mise en application des théories que nous avons développées jusqu'à présent. Je dois dire que cela contribue d'ores et déjà à modifier notre comportement et peut-être à nous rendre plus modestes quant à notre savoir-faire.

Il s'agit pour nous d'apporter une réponse claire aux questions que doit se poser la grande majorité des sociétés de conseil : peut-on conseiller valablement sans avoir mis soi-même en pratique les conseils que nous prodiguons ? L'expérience des autres est-elle suffisante ?

Michel – Permets-moi de te dire que, jusqu'à présent, tu t'es comporté comme un joueur qui ne se préoccupe pas de remettre à leur place les divots[55] et d'effacer les traces d'empreintes dans les bunkers. Je suis content de voir, pour filer la métaphore, que tu te décides à te conformer aux règles de l'étiquette du parfait golfeur. Ceci étant, tu soulèves un véritable problème. Pour ma part, je pense qu'il appartient au client de définir à la fois le niveau de connaissances et le niveau de compétences qu'il recherche. Un organisme qui donne des conseils pour la mise en place d'un système de management de la qualité en vue d'obtenir une certification ne m'inspire pas confiance s'il n'est pas lui-même certifié. En revanche, il existe de nombreux sujets sur lesquels des sociétés de conseil se révèleront très efficaces sans qu'elles aient pour autant mis en pratique chez elles les recommandations qu'elles prodiguent aux autres. C'est par exemple leurs interventions dans la mise en œuvre du *benchmarking* (recherche du meilleur sur le sujet concerné, organisation de la rencontre, etc.).

Éric – L'idée d'une analyse des processus me paraît très intéressante par le fait qu'elle permet d'impliquer de nombreux collaborateurs de niveaux et de métiers très différents.

---

[55] Divot : motte de gazon que l'on arrache parfois en tapant la balle.

Je vois, par contre, deux difficultés pour réaliser cette analyse : d'abord obtenir un budget substantiel pour pouvoir mobiliser suffisamment de personnes ; ensuite, d'un point de vue pratique, ne risque-t-on pas de créer des confusions en ayant d'un côté une représentation des processus, et d'un autre côté les procédures ?

Maguy – La réponse à ta question est très simple : la représentation d'un processus est une procédure. En d'autres termes, nous avons retenu pour ce qui nous concerne la structure documentaire suivante : un manuel qualité pouvant inclure une ou plusieurs des six procédures exigées par la norme, un recueil des procédures qui décrivent sous forme de logigrammes les processus et, uniquement lorsque cela s'avère indispensable, des instructions de travail (ou notes de fonctionnement). Bien sûr, nous gérons par ailleurs les enregistrements de la qualité.

Thierry – Finalement, je trouve que nous ne nous en tirons pas trop mal pour ce qui est de la mise en application d'un système de management de la qualité. En revanche, au vu de nos scores sur le terrain de golf, je pense que nous avons besoin de quelques leçons de perfectionnement. J'ai un copain qui est d'accord pour nous donner des leçons à des prix défiant toute concurrence. Si vous en êtes d'accord, comme il nous reste une heure avant le départ du parcours, il peut nous donner notre première leçon tout de suite : *stance*[56] et adressage de la balle[57].

---

56 *Stance* : prendre son *stance* consiste pour le joueur à placer ses pieds en position préparatoire pour exécuter un coup (*Nouvelles règles de golf illustrées*, Flammarion, 2000).

57 Adresser la balle : prendre son *stance* et poser son club sur le sol (*Nouvelles règles de golf illustrées*, Flammarion, 2000).

8.2 Procéder à un état des lieux



C'est l'une des toutes premières tâches que l'équipe de projet doit réaliser ou faire réaliser. Elle devra en attendre les résultats pour véritablement procéder au lancement des opérations. L'état des lieux va permettre de programmer de façon aussi précise que possible toutes les actions qu'il est nécessaire d'entreprendre pour conduire dans les meilleures conditions l'organisme à la certification.

8.2.1 Comment organiser l'état des lieux ?

On conçoit donc que l'organisme a tout intérêt à réaliser un état des lieux aussi détaillé et « sincère » que possible pour disposer d'une évaluation fiable de la charge nécessaire, et pour éviter de mauvaises surprises en cours de route.

L'état des lieux est typiquement le sujet qui gagne à être traité par un organisme externe, car un œil extérieur peut voir des choses qui, par la force de l'habitude, pourraient ne pas être prises en compte par une personne appartenant à l'organisme.

Le résultat de cet état des lieux dépend de l'appropriation et de la compréhension par l'organisme des concepts qualité et management de la qualité. Il est clair que, pour un organisme qui a toujours considéré la qualité comme quelque chose d'à part qui ne concerne que quelques spécialistes, le chemin à parcourir est très important. En revanche, si l'on se trouve dans un organisme dont la direction a compris tous les avantages qu'elle peut tirer de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité, obtenir la certification ne demande pas beaucoup d'efforts, car il lui reste probablement peu à faire (*cf.* figure 8.1).

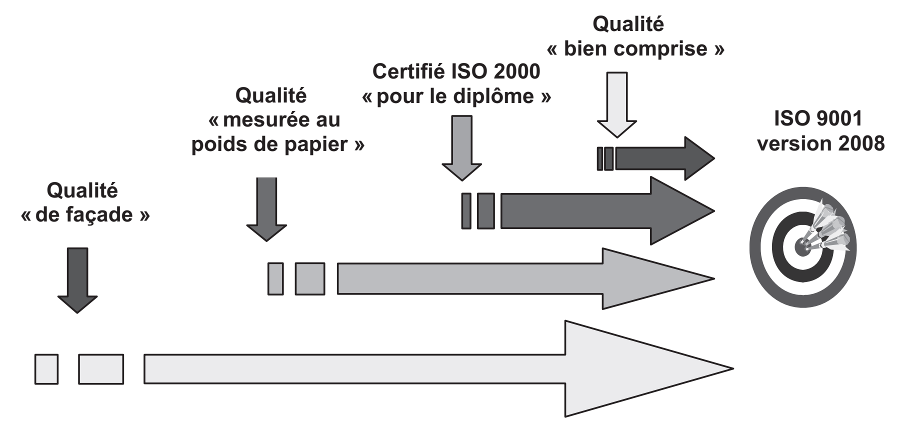


Figure 8.1 Le chemin vers la certification

Heureusement :

> « Les trois quarts des entreprises définissent la qualité comme 'la maîtrise de l'ensemble des processus conduisant à la satisfaction des clients' Seule une sur dix s'en tient à une définition plus traditionnelle, à savoir la capacité à produire et reproduire de façon parfaite des produits conformes à un modèle. »[58]

Ceci étant, il ne suffit pas d'avoir compris les concepts et d'avoir la volonté de les mettre en œuvre ; encore faut-il les appliquer réellement. Le résultat de l'état des lieux va donc aussi dépendre du niveau de prise en compte des exigences de la norme par l'organisme.

Tous les cas sont possibles et ils se situeront entre deux des trois situations suivantes :

- L'organisme part de zéro. Tout est à faire, à commencer par une formation solide de la direction. Pour le reste, il sera nécessaire de se donner du temps, car l'organisme s'oriente vers un véritable changement de culture.
- L'organisme est déjà certifié selon une version antérieure de la norme. Les avis sont assez partagés sur la quantité de travail à faire pour une mise à niveau.

---

[58] Claire Bessède (SQUALPI), « La qualité : une démarche pour répondre aux attentes du client », in *Les 4 Pages des statistiques industrielles* n° 138, SESSI, octobre 2000.

> « Avoir été certifié selon l'ancien référentiel n'apporte pas grand-chose dans la démarche ISO 9001 (2000). Au lieu d'accumuler les preuves écrites de la maîtrise de chaque opération, on demande maintenant au patron d'avoir une vue d'ensemble sur les attentes de ses clients, sur les moyens à mettre en œuvre pour les satisfaire et sur l'amélioration des performances envisagées. »[59]

Cette opinion est assez pessimiste. Même s'il est difficile de nier que la version 2000 de la norme propose une nouvelle méthode de management de la qualité, il n'en reste pas moins qu'un organisme déjà certifié selon la version précédente de la norme a acquis des bases solides en matière de qualité. Ces bases faciliteront sans aucun doute l'évolution du système de management de la qualité et son application. Ceci est encore plus vrai s'il s'agit d'un passage de la version 2000 de la norme à la version 2008 qui n'introduit pas de changements fondamentaux.

L'organisme doit néanmoins s'attendre à rencontrer des difficultés sur quelques-uns des nouveaux sujets introduits par la norme ; au premier rang desquels nous retrouvons l'approche processus avec ce qui en découle directement : la structure de la documentation. Mais il faut aussi citer le recueil des attentes des clients, l'analyse des données, etc.

– L'organisme a conduit une analyse de ses processus et pratique le management des processus. C'est en général le cas des organismes qui pratiquent l'autoévaluation selon le référentiel d'un prix qualité. Ces organismes ayant d'ores et déjà pris en compte les exigences de la norme, demander une certification n'est plus qu'une formalité.

Réaliser un état des lieux est une phase très importante du processus de certification. Se tromper sur l'évaluation du travail à faire a en général des conséquences catastrophiques sur le bon déroulement de l'opération de certification et, plus grave encore, cela peut contribuer de façon significative à la démotivation du personnel.

Il faut donc que l'état des lieux soit réalisé par une personne particulièrement compétente en matière de management de la qualité, mais surtout dans deux domaines : l'organisation des entreprises et l'analyse des processus d'une part, les méthodes de management, d'autre part. Sa compétence doit reposer en grande partie sur son expérience interne comme externe à l'organisme. Il est bon, en effet, de pouvoir se référer à des exemples externes pour pouvoir

---

59 Jean-Paul Felden (Président du cabinet d'audit Ferat), propos recueillis par Olivier Miguet, « Le management de la qualité à la portée des PME », in *Enjeux* n° 219, novembre 2001, p. 28.

apporter un jugement pratique et non pas uniquement théorique. Un tel état des lieux peut donc être réalisé en interne ou en faisant appel à des spécialistes n'appartenant pas à l'organisme (*cf.* tableau 8.1).

Tableau 8.1 Avantages et inconvénients d'un état des lieux effectué en interne ou par des spécialistes externes à l'organisme

	Avantages	Inconvénients
État effectué en interne	On connaît l'organisme. Les métiers et leurs particularités sont connus. On connaît une partie des manques.	L'impartialité n'est pas garantie. Il n'est pas toujours facile de prendre du recul. Il n'y a pas apport d'une expérience externe.
État effectué par des spécialistes externes	L'œil neuf. La connaissance de la norme. Des expériences diverses. Le facilitateur.	Ignorance de la culture de l'organisme. Fort risque d'avoir des avis purement théoriques.

Deux écueils sont à éviter lors de la réalisation de l'état des lieux. Le premier est notre tendance naturelle à trouver une solution immédiate à tout dysfonctionnement constaté. C'est oublier qu'un problème n'est que très rarement isolé et que sa solution dépend souvent de la résolution d'un autre problème. C'est aussi risquer de faire disparaître le symptôme sans guérir le mal car, en l'absence d'une analyse détaillée des causes du problème, les chances de tomber sur la bonne solution sont relativement faibles.

Le second écueil réside dans le fait que, souvent, l'état des lieux s'intéresse beaucoup plus au formalisme qu'au fond, et se traduit par des mises à jour ou des créations de documents en évitant des remises en cause soit de peur de bousculer certaines forteresses, soit tout simplement parce qu'on a pris l'habitude de vivre avec.

Quel que soit le résultat de l'état des lieux, la préparation à la certification représente un travail important qui nécessite un engagement très fort à tous les niveaux de l'organisme ; la tendance étant à la sous-évaluation du travail à effectuer.

8.2.2 Sur quels aspects doit porter le diagnostic ?

Le diagnostic doit d'abord s'intéresser à la prise en compte de toutes les exigences du référentiel retenu. Pour cela, rien ne vaut, comme nous venons de le voir, un audit exhaustif de l'organisme. Mais il doit également porter sur l'efficacité du système de management de la qualité ou ce qui en tient lieu (voir en fin d'ouvrage la fiche pratique consacrée au questionnaire d'audit).

Il est essentiel de porter une attention toute particulière à l'efficacité des méthodes et des moyens mis en œuvre dans les domaines décrits ci-après.

● **La satisfaction des clients et la maîtrise des interfaces externes**

Dans ce domaine, il faut s'assurer des conditions dans lesquelles sont recensés les besoins et les attentes des clients, et surtout par quels moyens ils sont validés. L'idéal est de disposer d'une enquête de satisfaction clients ou, pour le moins, des éléments permettant de mesurer cette satisfaction. Enfin, avoir une connaissance de ce que font les concurrents et comment l'organisme se situe par rapport à eux est essentiel.

● **Le fonctionnement interne et le management des processus**

La première source d'information est certainement l'examen des listes, si elles existent, de dysfonctionnements, d'actions correctives, d'incidents, etc. Le tableau de bord qualité, s'il y en a un d'établi, donnera aussi des informations sur le fonctionnement de l'organisme. Par ailleurs, il ne faut pas négliger sur ce chapitre les informations provenant de « radio moquette ». Ce qui se raconte dans les couloirs est souvent révélateur de dysfonctionnements que plus personne ne relève, car ils font partie du quotidien.

Mais l'efficacité du fonctionnement repose avant tout sur une bonne maîtrise des processus. L'état des lieux doit donc comporter un chapitre mettant en exergue les manques ou les défauts concernant cette maîtrise. Une méthode quelquefois utilisée consiste à questionner l'ensemble du personnel à travers une enquête. Outre le fait que le contenu d'une telle enquête est difficile à définir, le résultat est souvent décevant car, même si la proportion de personnes qui y répond est importante, le nombre de réponses exploitables reste faible. Si l'enquête à grande échelle n'est pas à recommander, une enquête ciblée de quelques questions sur un échantillon de personnes bien choisies peut grandement contribuer à l'implication du personnel dans la démarche.

- **La communication interne, au moins pour ce qui concerne la stratégie, la politique, les dysfonctionnements, les progrès réalisés**

Existe-t-il un système de communication interne comportant une organisation, un plan de communication annuel et, par-dessus tout, des supports bien conçus tant au niveau du contenu que de la présentation ?

La multiplication des affichages ou des distributions de documents est inutile, voire contraire à l'effet escompté si ces documents ne sont pas lus parce que mal conçus.

Quel est le niveau d'implication de la direction en matière de communication interne ? Sans un engagement visible, sur le terrain, de la direction, la communication interne n'aura pas la portée souhaitée.

- **L'engagement de la direction**

Il doit être réel. Il ne suffit pas de s'assurer qu'il existe un engagement écrit, d'autant plus que l'expérience a montré qu'un texte d'engagement que l'on peut retrouver, à quelques mots près, dans la plupart des organismes n'est en fait que rarement tenu dans la réalité. Ceci pour une raison bien simple : il est beaucoup trop général pour que son application puisse en être véritablement vérifiée. L'engagement des managers contribue pour une bonne part au succès d'un organisme et *a fortiori* à la réussite d'un projet de certification.[60]

- **La documentation**

Il est inutile d'avoir une documentation si elle n'est pas utilisable. Plusieurs tests peuvent être réalisés pour vérifier l'utilité de la documentation existante. Demandez à une personne de l'organisme de vous dire quelles sont ses activités, chose qu'elle fait en général sans difficulté. Puis demandez-lui de vous montrer les documents qui décrivent ces activités. Vous aurez à ce moment-là une première indication, car soit elle ne sait pas, soit elle sait que cela se trouve dans des procédures, mais elle est incapable de vous les montrer rapidement parce qu'elle ne sait pas que les procédures se trouvent au fond d'un tiroir ou encore chez le chef qui est absent pour le moment. Si par bonheur les procédures se trouvent sur son bureau, demandez alors que l'on vous montre où, dans les procédures, sont décrites ses activités. Le temps mis pour présenter les

60 Michel Cattan, *Managers, engagez-vous*, Éditions AFNOR, 2009.

procédures décrivant les activités concernées constitue un excellent indicateur d'efficacité et de qualité de la documentation.

Un autre test très simple à réaliser consiste à compter dans une procédure ou dans un chapitre du manuel combien il y a de pronoms indéfinis (« On doit faire… »), d'adverbes quantitatifs (« Il faut intervenir si on dépasse de beaucoup le niveau normal… ») et d'adverbes qualitatifs (« L'appareil doit être bien placé pour effectuer la mesure… »). Un document qui contient trois ou quatre pronoms et/ou adverbes de ce type doit être considéré comme inutile, car il n'a pas la précision voulue pour permettre de s'assurer que les opérations qu'il décrit sont correctement réalisées.

Une documentation doit être utile, utilisée, simple et accessible.

● **Le coût d'obtention de la qualité**

Cela peut être un élément déterminant des choix qui seront faits en matière d'organisation, de fonctionnement et même de stratégie de l'organisme.

Deux points sont à examiner de très près :

- Est-ce que l'on n'en fait pas trop ? Vouloir fournir au client un niveau qualité dont il n'a pas besoin, c'est à terme le perdre parce qu'il se rendra compte qu'il paye, probablement très cher, ce surplus de qualité.
- Est-ce que le coût de maintenance du système de management de la qualité est dans des proportions acceptables par rapport au coût des produits, ou au chiffre d'affaires ? Multiplier les contrôles, gérer des masses trop importantes de documents, multiplier les instructions et compliquer les circuits de traitement des dysfonctionnements ou ceux qui concernent les propositions d'amélioration, voilà des situations dans lesquelles beaucoup d'entreprises se sont retrouvées parce que les unités étaient au service de la qualité et pas l'inverse.

8.3 Mettre à niveau le système de management de la qualité

Les risques de dérapage, formalisme excessif, bureaucratie, technocratie, normalisation à outrance, système procédurier sont très importants à ce stade. Ces risques sont particulièrement élevés si l'on se contente, pour cette mise à niveau, de viser l'obtention d'une conformité formelle aux exigences de la

norme. Pour asseoir le progrès et bénéficier de tous les avantages que peuvent apporter les exigences et préconisations de la norme, il est indispensable d'aller au-delà de la conformité et de s'intéresser beaucoup plus au fond qu'à la forme.

Dans la plupart des organismes, il existe des pratiques qui ont fait leurs preuves. L'objectif n'est pas, dans un premier temps, d'introduire systématiquement de nouvelles pratiques à travers des règles et procédures totalement théoriques pour soi-disant répondre aux exigences du référentiel. Il faut au contraire mettre en exergue les pratiques existantes et les décrire pour en vérifier l'adéquation avec les attendus du référentiel. Cette vérification conduira, le cas échéant, à des ajustements de ces pratiques.

La notion de processus est un exemple concret de ce propos. Il est bien évident que les processus existent dans l'organisme. On voit mal comment il pourrait en être autrement. Il ne s'agit pas, dans l'approche processus préconisée par la version actuelle de la norme, de substituer aux processus existants une nouvelle série de processus réputés idéaux. C'est ce qui oppose une approche pragmatique et une approche qui, dans le cas des processus, conduirait à un *reengineering* de l'organisme.

Le diagnostic résultant de l'état des lieux fait apparaître les principaux dysfonctionnements à corriger ou manques à compléter. Il ne s'agit pas, à ce stade, de se lancer dans la correction un à un des dysfonctionnements relevés car en procédant de la sorte, il peut arriver que l'on crée de nouveaux dysfonctionnements ou que les solutions retenues ne soient pas appropriées.

Le diagnostic doit faire l'objet d'une analyse détaillée et les suites à donner doivent être prises en charge dans le cadre d'un projet global d'amélioration (qui fait quoi, planning, gestion de la cohérence d'ensemble, cohérence des méthodes et outils utilisés pour rechercher les causes des dysfonctionnements et trouver les meilleures solutions, mise à jour de la documentation, définition des modalités de mise en œuvre des solutions, communication sur les résultats, définition des besoins en formation, etc.). Pour les grandes entreprises, c'est l'occasion de se poser la question d'une décentralisation de la fonction management de la qualité avec une équipe au niveau central, chargée de définir les règles de base et les principes, de qui dépendent fonctionnellement des correspondants qualité responsables de la maîtrise de la qualité au niveau opérationnel.

- **La mise à niveau doit être globale**

Il ne faut pas qu'elle se fasse en regardant par le petit bout de la lorgnette « assurance de la qualité et conformité ». Les changements qu'implique la norme ne doivent pas être des changements superficiels remis en cause à la première occasion. N'oublions pas, par exemple, qu'un changement de méthode de fabrication ou d'outil de gestion conduit immanquablement à des modifications du fonctionnement de l'organisme. Il ne faut donc pas attendre d'avoir fini la description de ses processus pour étudier les conséquences d'un changement dans les moyens à mettre en œuvre pour assurer le bon déroulement des processus.

Par ailleurs, une certification a un coût que l'on n'amortit en général pas par la simple mise en conformité du système. Il faut que ce coût soit amorti par des actions d'amélioration du fonctionnement de l'organisme et de la satisfaction du client pour faire évoluer positivement par exemple le chiffre d'affaires et, bien sûr, par des actions portant sur la satisfaction du personnel pour le motiver et faire en sorte que le processus d'amélioration permanente fonctionne au mieux.

Il faut s'attendre à ce qu'un certain nombre de sujets soient concernés, à des degrés variables selon les organismes, par la mise à niveau. Parmi ces sujets, il en est que l'on retrouve presque systématiquement : la satisfaction des clients et la maîtrise des réclamations, la maîtrise des processus, l'organisation, le management, ainsi que le déploiement et la mise en œuvre.



Le labyrinthe

Les équipes concurrentes se présentent en ordre dispersé pour la seconde épreuve. Certaines d'entre elles ont dû s'y reprendre à plusieurs fois pour surmonter le premier obstacle du bilan.

« Ayant réalisé un diagnostic aussi complet que possible de vos défauts et de vos capacités, vous êtes en mesure de corriger vos défauts et d'accroître vos capacités. Ce que nous attendons de vous pour que vous puissiez poursuivre votre chemin, c'est la description de ce que votre équipe est en mesure de réaliser et surtout comment elle va s'y prendre pour le réaliser dans les meilleures conditions de qualité, sécurité, délai… L'épreuve consiste à nous présenter cette description ainsi que la méthode que vous avez utilisée pour la réaliser.

Sachez que des pièges vont vous être tendus tout au long de votre parcours. Des recettes miracles vous seront proposées, on cherchera à vous indiquer le soi-disant passage le plus sûr, on essaiera de vous entraîner sur le chemin le plus long en vous assurant qu'il est le plus rapide.

Vous devrez déterminer le chemin le plus simple, le plus accessible et le plus court pour atteindre le but fixé et réaliser ce que vous nous aurez présenté. »

L'équipe a bien compris qu'elle entre dans la partie la plus délicate du labyrinthe. La condition physique des équipiers est certainement nécessaire, mais c'est surtout l'esprit d'organisation et les méthodes choisies qui permettront de terminer l'étape dans de bonnes conditions.

8.3.1 La satisfaction des clients

Même si l'on a coutume de dire que « le client est roi », il n'est pas question de le satisfaire à n'importe quel prix. C'est pratiquer la langue de bois que d'affirmer que l'on met tout en œuvre pour satisfaire les besoins et les attentes explicites et implicites des clients. Certains y rajoutent même les attentes latentes.

S'il est indispensable que le vendeur détermine tous les besoins et toutes les attentes des clients, l'organisme ne fournira que ce qu'il juge pouvoir fournir dans des conditions économiques et sociales satisfaisantes. Ainsi, dans le domaine de l'hôtellerie, quel est le voyageur qui ne souhaite pas disposer d'une chambre spacieuse, luxueuse et confortable, d'un service sans faille et, cerise sur le gâteau, le tout pour un prix plus que raisonnable ? Dans la réalité, l'offre est plutôt une offre catalogue à prendre ou à laisser. Chaque catégorie de client choisira dans un guide hôtelier ce qui lui convient le mieux en termes de rapport qualité/prix.

● Comment recueillir les attentes clients ?

La première source de renseignements est, sans aucun doute, le client lui-même que l'on peut interroger en allant le voir ou en procédant à une enquête en bonne et due forme. Il n'est pas rare non plus que le client, sans aucune sollicitation, témoigne de sa satisfaction ou de son insatisfaction. Enfin, moins fréquemment, le client peut donner son avis ou préciser ses attentes en le faisant savoir à travers les médias professionnels ou non.

On néglige assez souvent les deux autres sources de renseignements que sont l'organisme lui-même (comptes-rendus de fin d'affaire, gestion des réclamations, pourcentage d'offres retenues, etc.) et les organismes professionnels, qui disposent en général de beaucoup d'informations dont l'analyse peut être d'une grande utilité pour conforter un point de vue et donner des tendances.

● Les réclamations des clients

S'agissant des réclamations, il ne faut surtout pas les considérer comme une fatalité, mais plutôt s'organiser en conséquence.

En 1993, British Airways a investi plus de 5 millions d'euros pour pouvoir réduire les délais de réponse aux réclamations des clients (passer de six semaines à trois jours). On est en droit de se demander si de telles sommes n'auraient pas été mieux employées pour réduire le nombre de réclamations.

Le but n'est pas d'avoir le meilleur service de traitement des réclamations du monde, même si on ne peut pas nier que cela contribue à l'amélioration des relations avec les clients. L'objectif essentiel est d'avoir le moins de réclamations possibles. Pourtant, il existe encore des professionnels qui n'ont pas tout à fait intégré cet objectif.

Ainsi, on trouve encore fréquemment des offres de formation de deux jours intitulées « Optimisez la gestion des réclamations » pour la modique somme de 1 400 euros. Le programme détaillé de ce type de formation est tout à fait significatif. Par exemple, pour l'une d'entre elles, sur vingt-quatre sujets traités, il n'y en a qu'un qui concerne les causes de réclamations, il s'intitule : « Causes d'insatisfaction, les analyser ». Tous les autres sujets ne concernent que la gestion administrative de la réclamation.

Et voilà que depuis peu il nous est proposé une certification de la gestion des réclamations. « Chers clients, ne vous inquiétez pas du nombre important de réclamations que vous êtes conduit à faire, elles seront toutes très bien traitées, car notre service de gestion des réclamations est certifié ».

Il n'en reste pas moins que les réclamations constituent l'un des éléments importants du retour d'expérience pour un organisme. La norme internationale ISO 10002 donne des lignes directrices pour traiter les réclamations avec comme objectif de donner les meilleurs résultats tant pour l'organisme que pour ses clients.

Le système de management de la qualité doit être tel que tous ces éléments, internes ou externes à l'organisme, soient pris en compte. Il faudra donc démontrer, lors de l'audit de certification, qu'il existe dans l'organisme un système permettant de recueillir toutes ces informations, de les analyser, de définir les méthodes et les moyens propres à répondre aux résultats de ces analyses, de mettre en œuvre ces moyens et, bien sûr, de mesurer l'efficacité du système pour en assurer l'amélioration permanente.



Le défi

Point de départ + 8 mois

Michel – Il semble qu'après notre première leçon de golf nous soyons tout à fait au point sur notre positionnement au départ du parcours. Nous allons voir ce que notre professeur nous propose pour la seconde leçon. Pour l'instant, et avant d'aller nous entraîner, c'est au tour d'Éric de nous faire son exposé.

Éric – Au laboratoire, nous entrons dans le vif du sujet. Nous nous sommes en effet lancés dans l'analyse et la description de nos processus.

Je dois dire que je ne suis pas du tout rassuré par la masse de travail que cela représente. Mais je me demande si nous avons choisi la bonne méthode pour procéder à cette analyse. J'aimerais vous la présenter et recueillir vos commentaires pour éventuellement la faire évoluer.

Vous vous doutez bien que nous avons cherché à mettre au point une méthode aussi précise que possible.

La première étape a consisté à dresser la liste de nos processus. Nous en avons trouvé vingt-deux, mais nous ne sommes pas sûr que nous en resterons là car nous avons quelques difficultés à nous mettre d'accord sur le début (première tâche) et la fin (dernière tâche) de ces processus.

Nous avons laissé ce point en suspens, nous le reprendrons plus tard, et nous avons commencé à dresser la cartographie des échanges entre les processus. Nous nous sommes très vite aperçus qu'il nous serait impossible de conduire cette analyse à son terme sans l'appui d'un logiciel qui nous permettrait d'y voir plus clair. La représentation des flux d'information devenait de plus en plus complexe, surtout lorsqu'il fallait y apporter des modifications au fur et à mesure de l'avancement des analyses.

Nous avons donc recherché si de tels outils existaient sur le marché et, à ma grande surprise, nous en avons trouvé plusieurs. Celui que nous avons retenu, et qui a été mis à notre disposition gratuitement pour quelques temps, est très complet mais il nous a fallu investir de façon assez conséquente en formation, pour en assurer une utilisation optimale.

Maintenant que le logiciel fonctionne, nous recueillons les informations auprès de certains de nos collaborateurs, et nous les introduisons dans notre système.

Si les premiers résultats obtenus sont très complets et satisfaisants d'un point de vue intellectuel, je commence à m'inquiéter sérieusement, d'une part, de l'utilisation opérationnelle qui peut être faite des résultats et, d'autre part, de la difficulté et du coût que représentera la tenue à jour de ce système.

Maguy – Je pense que vous avez fait plusieurs erreurs. La première, et la plus importante, est de ne pas être partis du besoin de l'utilisateur final de la description du processus. Ce que demande le collaborateur, c'est un descriptif aussi simple que possible du processus pour s'y référer et savoir quelle tâche il doit accomplir. Sauf cas particulier, il n'a pas besoin d'un document qui lui décrive comment il doit s'y prendre pour réaliser la tâche.

La seconde erreur est de croire que plus une méthode est complexe, plus elle est efficace. Cela est peut être vrai lorsqu'il s'agit de sciences exactes ; cela ne l'est plus du tout lorsque la méthode en question donne des résultats difficilement utilisables par ceux qui en ont besoin.

Enfin, votre lecture de la norme et son application conduisent à des excès qu'il faut à tout prix éviter. La norme ne demande pas d'établir une cartographie détaillée, elle demande que les interactions entre les processus soient déterminées. Il faut rester au niveau des interactions et non pas des données. Il suffit pour cela, lors de la description d'un processus, de faire apparaître tâche par tâche, mais uniquement lorsque cela est indispensable, les liens de la tâche avec les autres processus (entrants et sortants).

Thierry – Je peux témoigner, pour avoir moi aussi lancé une analyse et une description de nos processus, que l'on obtient d'excellents résultats en utilisant une méthode simple, et surtout une méthode que tout le monde puisse comprendre et être capable de mettre en œuvre. Je pense que l'analyse des processus ne doit pas rester l'apanage de quelques spécialistes, mais qu'elle doit au contraire être l'occasion d'impliquer un maximum de personnes dans l'organisme.

Michel – J'adhère tout à fait à ce que vous venez de dire mais, Éric, j'attire ton attention sur deux points importants, car ils nous ont posé quelques problèmes.

Le premier, c'est que l'on perd beaucoup de temps lorsque le personnel qui participe à l'analyse des processus n'a pas été formé, d'une part, au concept processus et, d'autre part, à la méthode d'analyse.

Le second point porte sur la composition du groupe de travail qui doit analyser un processus. Il est essentiel de faire en sorte que les principales fonctions ayant à intervenir dans le déroulement du processus soient représentées dans le groupe de travail.

Éric – J'ai très nettement l'impression, à vous écouter, qu'il ne me reste plus qu'à mettre de côté notre bel outil et à repartir sur des bases moins ambitieuses, mais qui nous permettront d'y voir plus clair beaucoup plus rapidement et, surtout, qui présentent l'avantage d'impliquer et donc de motiver le personnel. Il sera toujours temps de revenir à notre logiciel si le besoin s'en fait sentir un jour.

Assez travaillé pour aujourd'hui. Allons nous détendre et faire un peu d'exercice. Je crois que notre professeur a l'intention de passer en revue toutes les règles du golf en faisant un parcours. Je parierais que cela s'apparente à une cartographie assez complexe.

8.3.2 La maîtrise des processus

> « […] la notion de qualité a évolué. Les trois quarts des entreprises la définissent désormais comme 'la maîtrise de l'ensemble des processus conduisant à la satisfaction de clients'. La qualité se situe moins du côté des caractéristiques du produit que de celui des attentes du 'client-partenaire'. »[61]

Tableau 8.2 L'importance des processus conduisant à la satisfaction client[62]

Quelle est la définition du mot « qualité » qui vous convient le plus ?	T	C	NC
– Capacité à produire et à reproduire de façon parfaite des produits conformes à un modèle	10 %	6 %	15 %
– Maîtrise de l'ensemble des processus conduisant à la satisfaction des clients	75 %	81 %	68 %
– Relations harmonieuses et efficaces, dans et hors l'entreprise (personnel, clients, fournisseurs, actionnaires et voisinage local…)	15 %	14 %	17 %
(T : ensemble total des répondants ; C : établissements possédant au moins une certification ISO ou autre ; NC : établissements sans aucune certification.)			

Faire bien chaque tâche ne suffit pas. Il faut se préoccuper de la façon dont chacun coopère avec ses différents interlocuteurs, clients et fournisseurs internes ou externes à l'organisme, pour faire en sorte que le processus auquel il contribue donne le meilleur résultat possible (*cf.* tableau 8.2).

Attention aux processus sous-traités ou aux processus qui se déroulent pour une part en interne et pour une part en externe. Il arrive que plusieurs organismes interviennent sur un même processus, ce qui crée des liens tout à fait particuliers entre eux. Dans un tel contexte, le fait que ces organismes soient certifiés facilite le fonctionnement du processus et favorise le développement de relations partenariales.

---

61 Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, *La Qualité dans l'industrie française – Conceptions et Stratégies*, les Éditions de l'industrie, collection Études, 2001, p 5.
62 Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, *La Qualité dans l'industrie française – Conceptions et Stratégies*, les Éditions de l'industrie, collection Études, 2001, p. 13.

> « La recommandation pour l'établissement de relations mutuellement bénéfiques entre l'organisme et ses fournisseurs (objet du huitième des principes de management de l'ISO 9000) ouvre probablement une des plus fructueuses voies de réponse à ces défis nouveaux et de création de valeurs (concurrence exacerbée, information satisfaisante, du client et de l'utilisateur final, raccourcissement du cycle de vie des produits, accélération du changement). Surtout quand progressivement, l'application du principe pourra être étendue aux autres parties intéressées. »[63]

Il devient donc nécessaire de formaliser, autant que possible, les conditions de partenariat avec les fournisseurs pour améliorer l'efficacité des réalisations et souhaitable d'associer davantage le client à la définition, voire à la réalisation, du produit pour mieux prendre en compte ses attentes et ses besoins.

Cela conduit tout naturellement à repenser l'organisation de l'entreprise (on retrouve le concept de l'entreprise étendue) et très probablement à reconfigurer, au moins en partie, les processus de l'entreprise pour y intégrer de façon concrète les acteurs externes que sont les fournisseurs, les clients et les partenaires (*cf.* figure 8.2). Le concept de l'entreprise étendue, déjà mis en application par quelques grands groupes, doit se développer pour pouvoir gagner en qualité et en productivité grâce à une simplification et à une meilleure maîtrise des interfaces entre les organismes intervenant sur un même projet.

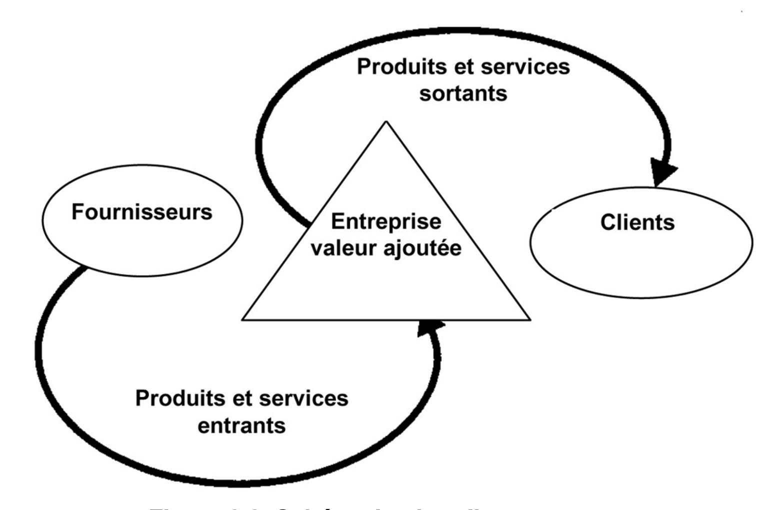


Figure 8.2 Schématisation d'un processus

[63] FD X 50 193, *Relations mutuellement bénéfiques : facteur de croissance durable. Lignes directrices pour une approche des relations mutuellement bénéfiques entre organismes*, AFNOR, 2006.

● La cartographie des processus

Partant d'une liste de processus aussi exhaustive que possible, il appartient à la direction de l'organisme de valider la cartographie des processus et surtout de fixer dans cette cartographie quels sont les processus stratégiques. Mais il faut tout d'abord définir le terme « cartographie ». Certains auteurs parlent de « cartographie de l'entreprise », d'autres de « cartographie d'un processus ». Ce qui est sûr, c'est que l'entreprise doit disposer d'une liste organisée de ses processus. Pourquoi ne pas considérer que la cartographie dont tout le monde parle est tout simplement cette liste organisée ?

Deux remarques peuvent être faites à ce propos :

- La cartographie des processus n'est pas une exigence de la norme ISO 9001 (2008). Ce que la norme demande, c'est que l'on décrive les interactions entre les processus, sans d'ailleurs préciser le niveau de détail de cette description ni la forme sous laquelle elle doit être présentée. Il existe de nombreuses possibilités pour répondre à cette exigence. La plus simple consiste, lors de la définition d'un processus, à associer à une tâche, chaque fois que nécessaire, un renvoi vers les processus qui lui fournissent des informations au processus décrit, ou à l'inverse vers les processus qui utilisent des informations produites par le processus décrit.
- Si l'organisme juge indispensable d'établir une cartographie, au sens propre du terme, alors il faut savoir que le nombre d'utilisateurs potentiels d'une telle cartographie est inversement proportionnel à sa complexité. En revanche, son coût d'établissement et de mise à jour croît de façon exponentielle en fonction de sa complexité. Comme pour tout document important, avant de l'établir il va falloir se demander à qui une cartographie peut bien servir et pour quoi faire.

La cartographie fait certainement partie des sujets qui créeront le plus de difficultés aux organismes parce que, pour la majorité d'entre eux, il s'agira d'un faux problème pour lequel ils se verront néanmoins offrir une panoplie de méthodes et d'outils parfois très sophistiqués. Des ouvrages sont d'ores et déjà publiés sur le sujet, des stages sont organisés, tous les ingrédients sont réunis pour entraîner les organismes sur de fausses pistes. Ainsi, une société de conseil et de formation propose un stage de deux jours au cours duquel parmi les sujets abordés on trouve :

- comment élaborer une cartographie des processus ?
- les différents types de processus : macro, micro et autres processus.

- comment représenter un processus ?
- quelles sont les méthodes de représentation graphique des processus : logiciels dédiés, méthode traditionnelle…

Il y a fort à parier qu'une bonne partie des stagiaires sortira de cette formation avec la conviction qu'ils ne sont pas concernés par l'approche processus, car elle est trop compliquée (cas des petites et très petites entreprises). Une autre partie des stagiaires sera persuadée qu'il faudra embaucher du monde à la direction qualité et probablement investir dans un logiciel performant (cas des grandes et très grandes entreprises).

Autre exemple significatif de ce débordement d'imagination à propos de la cartographie : « la matrice de cartographie de macroprocessus ». Voilà une appellation qui, pour être comprise et assimilée, nécessitera certainement des formations lourdes au sein des organismes qui seraient tentés par ce concept !

Avec la version 1994 de la norme, il y a eu inflation de procédures. Avec la version actuelle, nous avons à faire à de nombreux concepts concernant les processus, pour la plupart plus farfelus les uns que les autres, qui se caractérisent par leur grande complexité, leur inefficacité et leur coût élevé. Ceci n'a absolument pas lieu d'être.

En matière de management de la qualité, le pragmatisme doit être de rigueur. Déterminons le besoin et faisons en sorte de le satisfaire au mieux et au meilleur coût. Il ne faut surtout pas se laisser aller à créer un besoin fictif pour le plaisir de mettre en application de grandes théories ou des logiciels sophistiqués. Dorénavant, le bon qualiticien se reconnaîtra au niveau de simplicité du système dont il a la charge.

La direction va donc être impliquée dans la définition de la « structure processus » qui conditionne le fonctionnement de l'organisme de façon beaucoup plus conséquente qu'une « structure purement métier ».

● La mise en œuvre de l'approche processus

Ces principes étant établis, il s'agit dans une première étape d'identifier les processus de l'organisme, puis de les analyser pour les décrire et, le cas échéant, les améliorer. La démarche d'amélioration des processus relève d'une approche systémique, qui part des buts à atteindre, pour s'intéresser aux tâches qui composent le processus, avant de dimensionner les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre. Il s'agit également d'une démarche analytique pour

laquelle la description du processus, la détection et l'évaluation objective des dysfonctionnements, permettent une bonne appréhension des coûts de chaque élément composant le processus, et permettent surtout une justification du coût du produit généré par le processus. Enfin, l'approche processus présente un avantage supplémentaire, et non des moindres, qui est celui de favoriser la communication entre intervenants. Il en résulte pour chacun, dans le cadre de son activité, une meilleure compréhension des contraintes en amont et des besoins en aval.

Il existe toutes sortes de démarches pour arriver au même but. C'est dans un premier temps les plus simples qui donneront les meilleurs résultats.

Par exemple, on peut mettre en œuvre une démarche qui se décompose en trois grandes étapes :

- La première étape consiste à identifier les processus stratégiques, puis à les hiérarchiser afin de choisir les processus à traiter en priorité. Ce choix de priorité passe par la définition de critères pertinents pour l'organisme tels que la capacité à créer une dynamique d'amélioration, la possibilité de résultats visibles à court terme, l'influence du processus sur les affaires importantes en cours ou à venir, etc.
- Dans un second temps, l'analyse d'un processus stratégique est confiée à un groupe de travail pluridisciplinaire. Trois à cinq séances de travail vont permettre de décrire le processus existant, d'identifier les dysfonctionnements du processus actuel ainsi que leurs causes et de décrire le processus reconfiguré. La caractérisation des dysfonctionnements est très importante dans la mesure où elle seule permet de définir les moyens les plus appropriés pour supprimer ces dysfonctionnements.
- La dernière étape consiste à choisir, parmi les propositions d'amélioration formulées par le groupe de travail, celles qui seront mises en œuvre. Ici encore le choix se fera en fonction du bilan coût/bénéfice et des objectifs de l'organisme. Cette étape s'achève par la définition des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du processus reconfiguré.

Pour procéder à une telle analyse, les groupes de travail disposent d'un ensemble d'outils dont certains, comme l'analyse fonctionnelle, ont été adaptés à ce type d'application (voir en fin d'ouvrage la fiche pratique consacrée à l'analyse des processus).

Cette analyse fait apparaître en général un certain nombre de dysfonctionnements qu'il faut traiter avant de mettre en application le processus analysé.

De plus, elle permet :

- d'identifier les besoins et attentes explicites et implicites des clients ;
- d'identifier les processus en définissant leurs rôles et leurs finalités ;
- de décrire les processus et sous-processus, et de les documenter.

Le travail d'analyse et d'amélioration ayant été effectué, il est important de pouvoir mesurer les effets des changements intervenus et de faire largement connaître au sein de l'organisme les résultats obtenus. Il en va de la crédibilité de l'opération.

● Le tableau de bord des processus

La mesure des changements intervenus à la suite de la reconfiguration d'un processus passe par la mise au point et la tenue à jour d'un tableau de bord.

Le tableau de bord est souvent utilisé pour justifier l'activité (évolution du chiffre d'affaires, par exemple) ou pour mesurer l'évolution de la productivité (heures/tâche ou coût de la tâche).

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une approche processus, il y a lieu de compléter ce tableau de bord « activité », s'il existe, par un ensemble d'indicateurs mesurant l'évolution de la qualité (satisfaction des clients internes ou externes, fonctionnement de l'organisme, qualité des produits et des services, etc.). Le tableau de bord s'impose alors comme un véritable outil de management de l'organisme.

On constate que ces tableaux de bord ne donnent cependant pas en général une vision transverse du fonctionnement de l'organisme. Il faut pour que cela soit le cas que le tableau de bord prenne en compte l'évaluation de l'efficacité des processus. En dehors de quelques indicateurs placés en des points stratégiques du déroulement d'un processus, il est donc souhaitable de définir une échelle de maturité du processus qui constitue une donnée objective de mesure de l'efficacité. Si le choix des indicateurs ne présente pas en général de difficultés, le positionnement du processus sur une échelle de maturité est un peu plus complexe, car il passe par la mise au point puis par l'utilisation d'une matrice d'évaluation qui, si elle n'est pas construite avec beaucoup de soin, laisse une part beaucoup trop importante à la subjectivité lors de l'évaluation de l'efficacité (voir en fin d'ouvrage un exemple de matrice dans la fiche pratique consacrée au questionnaire d'audit).

8.3.3 L'organisation

Compte tenu de la mise en œuvre d'une organisation par processus, il devient inéluctable de repenser l'organisation globale de l'entreprise sous la forme d'une organisation matricielle que l'on pourrait décrire comme la composition d'une organisation horizontale, celle des processus, et d'une organisation verticale, celle des métiers.

Contrairement à certaines organisations matricielles que nous avons pu connaître par le passé, celle qui doit être mise en place aujourd'hui présente la particularité de devoir être à même d'évoluer rapidement dans ses deux dimensions, indépendamment ou simultanément, pour pouvoir s'adapter aux fluctuations des marchés, aux nouvelles demandes et exigences des clients, mais aussi aux évolutions de plus en plus rapides des techniques et des technologies. Bien que très proche d'une organisation par projets, elle se différencie par le fait qu'elle couvre toutes les activités de l'organisme, contrairement à une organisation par projets qui ne concerne que les activités propres aux projets.

À terme, cette nouvelle structure matricielle, l'approche processus et plus généralement les principes du management de la qualité vont faire apparaître qu'il existe des synergies importantes entre des activités qui ont tendance à se dérouler indépendamment les unes des autres. C'est le cas, dans le domaine qui nous intéresse, du management de la qualité, du contrôle interne (maîtrise des risques), de la maîtrise du système d'information (maîtrise des données) et de la communication interne.

Un organisme pourrait tirer de nombreux avantages en rassemblant au sein d'une même direction les trois directions (fonctions) qualité au sens actuel du terme (qualité, sécurité, environnement, développement durable, etc.), information, contrôle interne, auxquelles on associerait la direction de la communication interne, support indispensable des trois autres directions.

Une direction (fonction) du management permettrait de valoriser les synergies existant entre les quatre directions actuelles. Elle permettrait de mieux répartir des activités communes telles que l'amélioration des processus ou l'analyse des risques et, ce faisant, de faciliter le développement de ces activités et du professionnalisme dans ces domaines.

> « Quand on y regarde d'un peu plus près, une telle direction (fonction) existe déjà dans beaucoup d'organismes. Quel est le rôle d'un responsable qualité dans la plupart des PME ? Il est en charge de la qualité et à ce titre de l'approche processus ; de l'environnement ; s'il ne s'occupe pas de sécurité, c'est souvent parce que le sujet n'a pas lieu d'être traité ou tout simplement qu'elle a été sous-traitée à un technicien ; c'est bien lui qui vérifie et dans beaucoup de cas gère l'essentiel de la documentation au moins pour ce qui concerne la documentation technique ; en matière de communication il publie les tableaux de bords et lorsqu'il en a les moyens diffuse une petite revue.
>
> Reste le contrôle interne. Lorsque les PME auront mesuré les avantages qu'elles peuvent en tirer, à qui sera confiée cette fonction sinon au responsable qualité ? »[64]

La structure de l'organisation n'est pas la seule à devoir changer. Il faut aussi que les modes de management évoluent pour plus d'efficacité dans ce nouveau contexte. La définition des responsabilités hiérarchiques doit évoluer, par exemple, pour ce qui concerne la transmission de l'information et son utilisation. Il ne s'agit pas de mettre en doute la bonne foi de ceux qui établissent des rapports ou qui sont chargés de réaliser des synthèses à l'intention du PDG. Il s'agit de revoir totalement le rôle des uns et des autres dans l'entreprise, en commençant par le PDG qui doit s'organiser pour répondre à une exigence fondamentale : décider sur la base d'informations vérifiées, mais surtout replacées dans leur contexte pour pouvoir prendre ses décisions à partir de données fiables et objectives. Une visite sur le terrain est certainement plus efficace que dix réunions d'explications ou une série de rapports qui ne sont que parcourus faute de temps.

Enfin, l'organisation matricielle processus/métiers conduit à définir de nouvelles fonctions parmi lesquelles on peut citer : la fonction de correspondant qualité et celle de pilote de processus.

● Le correspondant qualité

L'organisation verticale, ou hiérarchique, n'a pas de raison d'évoluer de façon importante, si ce n'est qu'elle doit se recentrer sur les métiers et renforcer tout ce qui peut contribuer au perfectionnement de ces métiers. Dans les entreprises de taille importante qui comprennent plusieurs unités, il est recommandé de mettre en place, dans ces unités, des relais de la direction du management (ancienne direction qualité) pour faire en sorte qu'ils contribuent par une

---

64 Michel Cattan, *Guide des processus Passons à la pratique !*, 2e édition, AFNOR, 2008.

pratique très opérationnelle à l'évolution du système de management de la qualité. Une des solutions les plus efficaces pour disposer de tels relais est de désigner dans chaque unité un correspondant de la direction du management à qui l'on attribue un double rôle :

- participer à la définition de la politique qualité de l'organisme en étroite liaison avec la direction du management ou le responsable qualité ;
- prendre en charge la communication et la mise en œuvre de cette politique au sein de l'unité à laquelle il appartient.

Dans le cadre de ses liens fonctionnels avec la direction du management ou le responsable qualité, on définit la fonction de ce correspondant de la manière suivante :

- il participe à la définition des principes généraux d'un management de la qualité efficace pour l'organisme ;
- il infléchit, le cas échéant, la politique de management de la qualité de l'organisme par son expérience du terrain ;
- il facilite les relations entre son unité et la direction du management ou le responsable qualité grâce à sa bonne compréhension du contenu de la politique et de la démarche de management de la qualité de l'organisme ;
- il fournit à la direction générale et à la direction du management ou au responsable qualité un tableau de bord faisant apparaître les évolutions de l'unité pour ce qui concerne le management de la qualité mais aussi les actions entreprises pour améliorer en permanence la performance de l'organisme (produits et fonctionnement).

Au sein de son unité, le correspondant management de la qualité :

- est en charge de la promotion de la culture qualité ;
- veille à la bonne application du système de management de la qualité ;
- propose des améliorations du système de management de la qualité en concertation avec le personnel de l'unité ;
- participe activement à l'établissement et à la mise à jour de la documentation descriptive du système de management de la qualité ;
- assiste les pilotes de processus chaque fois que cela se révèle nécessaire, et en particulier pour la mise en œuvre d'outils de la qualité ;
- est, dans le domaine de la qualité, le représentant du client au sein de son unité.

Le correspondant management de la qualité dépend hiérarchiquement et opérationnellement de la direction de l'unité dans laquelle il exerce sa fonction. Il dépend fonctionnellement de la direction du management ou du responsable qualité de l'organisme. Situé à un niveau hiérarchique convenable, il doit, en fonction de la taille de l'unité, posséder ses propres relais afin d'être toujours au contact des hommes de terrain.

- **Le pilote de processus**

L'approche processus conduit surtout à une nouvelle répartition des fonctions entre les managers des équipes métiers et les pilotes des processus.

Il ne peut y avoir de maîtrise des processus sans une définition claire de la fonction indispensable de pilote de processus. Pour ce faire, l'organisme aura à choisir un modèle de pilotage en fonction de sa culture, mais aussi de son type d'activité, de la nature des marchés sur lesquels il intervient et, bien sûr, de sa politique et de sa stratégie. Dans la réalité, le choix se situera entre les deux extrêmes que sont : un pilote manager ou leader pour conduire un changement profond et un pilote médiateur pour installer durablement l'amélioration permanente (*cf.* figure 8.3).

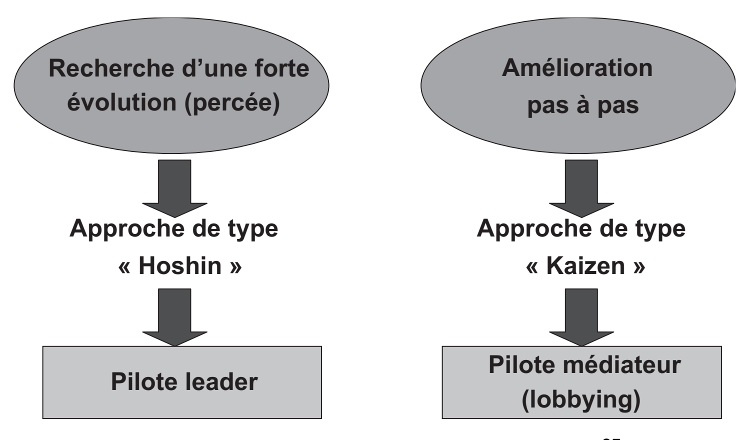


Figure 8.3 Choix d'un modèle de pilotage[65]

[65] AC X50-178 (2002), *Management de la qualité – Management des processus – Bonnes pratiques et retours d'expérience*, AFNOR.

Il faut noter que le pilote leader laisse en général la place à un pilote médiateur dès l'instant où le processus, après une période de rodage, a atteint un niveau d'efficacité suffisant pour passer à un management basé sur l'amélioration permanente plutôt que sur une stratégie de rupture.

Quel que soit le modèle de pilotage choisi par l'organisme, le pilote a un certain nombre de missions qui lui incombent.

Trois documents édités par l'AFNOR définissent de façon précise les missions d'un pilote de processus. Le pilotage décrit dans le fascicule de documentation FD X 50-176 (2000), édité avant la publication de la version 2000 de la norme ISO 9001, est proche d'un pilotage leader :

> « Le pilote de processus est désigné par la direction parmi les responsables de l'organisme concernés par le processus. Il est chargé de la surveillance du processus, il s'assure qu'il produit les résultats attendus par rapport aux objectifs fixés par la direction et il veille à ce que les ressources allouées soient utilisées de manière optimale. Le pilote du processus :
> - intègre l'évolution des exigences spécifiées […] qui peuvent avoir un impact sur le processus dont il est chargé ;
> - définit les critères d'acceptation du processus en accord avec le client du processus ;
> - mesure l'atteinte des objectifs du processus au travers du suivi des indicateurs associés ;
> - s'assure du traitement des dysfonctionnements du processus ;
> - engage les actions correctives associées ;
> - identifie les opportunités d'amélioration et propose toute action préventive associée ;
> - met en œuvre les plans d'améliorations ;
> - rend compte des résultats à l'équipe dirigeante. »[66]

La révision de ce fascicule de documentation en 2005 insiste beaucoup plus sur l'amélioration des performances des processus et du système de management :

> « Chaque pilote de processus s'assure :
> - de la conformité et de la cohérence du processus par rapport aux exigences du système de management ;
> - du déploiement, au niveau de son processus, des objectifs généraux fixés par la direction et de l'atteinte des résultats correspondants ;

[66] FD X 50-176 (2000), *Management de la qualité – Management des processus*, AFNOR.

> – de l'efficacité du processus en se basant sur : des indicateurs, les non-conformités relevées, le degré de satisfaction des clients du processus ;
> – de l'efficience du processus par l'évaluation des ressources allouées au processus (il veille à ce que les ressources allouées soient utilisées de manière optimale) et le cas échéant la comparaison des résultats obtenus à ceux de processus similaires ;
> – de l'adaptation du processus aux évolutions de son environnement en tenant compte des évolutions des exigences spécifiées, des exigences réglementaires, des processus en interfaces, des résultats issus de l'écoute client ;
> – du niveau de maturité du processus qui permet de situer son degré de maîtrise dans une démarche de progrès vers l'excellence. »

On constate que, pour qu'il puisse remplir correctement ces missions et agir, le pilote doit disposer d'une autorité suffisante.

On trouve dans le document accord AC X50-178 (2002) un mode de pilotage beaucoup plus tourné vers la médiation :

> « Le pilote de processus doit :
> – s'assurer de la cohérence, de l'intégrité et de la performance du processus dont il a la charge ;
> – participer à la description des caractéristiques du processus et notamment à la définition des indicateurs ;
> – surveiller le fonctionnement des différentes phases du processus ;
> – animer les revues périodiques du processus pour évaluer sa pertinence, son efficacité et pour être force de proposition pour son amélioration continue ;
> – maîtriser l'évolution du processus et ses modifications ;
> – veiller à l'impact de toutes les modifications de son processus sur le système de management de la qualité ;
> – jouer le rôle de médiateur des éventuels conflits entre les acteurs des diverses activités et provoquer les arbitrages ;
> – défendre la position du client interne ou externe et garantir la cohérence des données de sortie du processus avec les exigences du client ;
> – rendre compte de l'efficacité et de l'efficience de son processus à la direction de l'organisme. »[67]

Sur tous ces points, le pilote de processus doit garder la trace des actions qu'il a conduites dans le cadre du management de son processus. C'est pourquoi il

[67] AC X 50-178 (2002), *Management de la qualité – Management des processus – Bonnes pratiques et retours d'expérience*, AFNOR.

est important qu'il tienne à jour un dossier de management du processus (voir en fin d'ouvrage la fiche pratique consacrée au dossier de processus).

On aura compris qu'il appartient à la direction de définir la fonction et le profil du pilote de processus en fonction de la nature et de la culture de l'organisme, mais surtout en fonction des résultats qu'elle souhaite obtenir.

Les fonctions ayant été définies ou précisées et les rôles ayant été distribués, il s'agit de mettre en œuvre la nouvelle organisation et de la documenter pour qu'elle soit connue et comprise.

● La mise en œuvre de l'organisation

En fonction de ses différentes contraintes, de sa stratégie, voire de la culture d'entreprise, la direction va devoir définir dans quelles conditions elle passera de l'organisation actuelle à une organisation matricielle nouvelle.

De nombreux spécialistes préconisent une évolution progressive, ce qui aurait l'avantage de ne pas perturber trop fortement les habitudes des uns et des autres. Une telle méthode présente l'inconvénient de masquer le message, voire de démotiver à la longue le personnel parce que les résultats et les bénéfices du changement ne sont pas visibles par tous. Autre inconvénient : ce que l'on pourrait appeler le « Pourquoi eux et pas moi ? ».

Moyennant toutes les précautions d'usage et une préparation minutieuse, il faut privilégier une mise en œuvre globale de la nouvelle organisation, qui donnera d'excellents résultats. Le changement devient palpable, tout le monde est logé à la même enseigne et, surtout, le changement ne découle pas d'une décision arbitraire, mais il est le résultat du travail de ceux qui ont participé à l'analyse des processus.

Bien sûr, en s'y prenant de la sorte il ne faut pas s'attendre à ce que la nouvelle organisation soit immédiatement efficiente. Il faudra en renouveler l'analyse et l'améliorer progressivement, mais toujours globalement.

● La documentation

En dehors de l'aspect structurel de l'organisation, il faut aussi s'intéresser à l'aspect formel, surtout lorsque l'on sait les abus qu'il peut y avoir et les erreurs que l'on peut faire en la matière. L'organisation est un des domaines où l'on a vite fait de se noyer dans une quantité importante de papiers pour la décrire. Outre l'aspect négatif du volume de papier, il faut bien reconnaître que

les documents correspondants sont rarement à jour et donnent ainsi une mauvaise image de la qualité.

Rappelons que la norme ISO 9001 (2008) ne requiert pas expressément l'édition d'un organigramme. Cela ne veut pas dire pour autant que l'organisme ne doit pas en établir, mais plutôt qu'il est libre de présenter son organisation sous la forme qui lui semble la plus appropriée.

Autre sujet d'inflation documentaire : les fiches de fonction. Existe-t-il un organisme qui soit capable de tenir à jour de tels documents à un rythme suffisant pour qu'ils soient en parfaite cohérence avec la situation de l'organisme à un instant donné ? On peut en douter. Mais même si ces fiches sont effectivement tenues à jour, leur gestion a un coût qui est en général exorbitant rapporté à leur utilité. Ces fameuses fiches de fonction ont été le cauchemar d'une bonne partie des qualiticiens pendant de longues années, mais elles continueront à être considérées comme indispensables par une autre catégorie de qualiticiens pour lesquels éditer du papier est la justification de leur fonction.

Pour illustrer ce propos, voici un exemple significatif, mais malheureusement réel, dont une très petite entreprise d'ingénierie (trois personnes dont le PDG) a été la victime. Pour pouvoir répondre à un appel d'offres très important pour elle, cette entreprise décide de faire le nécessaire pour obtenir une certification selon la norme ISO 9001 (2000). Arrive le jour de l'audit (passons sur les multiples aventures qui ont précédé ce jour). L'organisme de certification (reconnu et considéré comme l'un des plus importants) procède à l'audit et, lors de la réunion de conclusion, annonce qu'une seule non-conformité a été relevée : le PDG n'a pas pu présenter un document décrivant quelles devaient être « ses » compétences pour assurer la fonction de représentant qualité de la direction. Il a donc fallu que le PDG rédige un tel papier pour pouvoir obtenir la certification de sa société. Mais le ridicule ne s'arrête pas là. L'organisme certificateur, qui dispense par ailleurs des formations à l'audit, cite cet exemple dans ses cours comme étant le type même de non-conformité qu'un bon auditeur ne doit pas laisser passer.

Pour se dispenser de l'écriture de fiches de fonction, il va donc falloir trouver de nouveaux supports ou de nouvelles représentations. Si l'on choisit de décrire les processus en utilisant des logigrammes, la réponse est toute trouvée puisque l'on dispose ainsi des tâches réalisées par une fonction. Il suffit alors d'indiquer à une personne quelles sont les fonctions qu'elle doit assurer pour qu'à la lecture de la description des processus, elle ait la liste des tâches qui sont de sa responsabilité.

La fiche de fonction est l'exemple le plus caractéristique des abus que l'on peut rencontrer lorsqu'il s'agit de formaliser des informations, mais ce n'est bien évidemment pas le seul. On pourrait encore citer le formalisme associé à la diffusion des documents et des informations, bien que les choses aient tendance à s'améliorer avec le développement des réseaux et d'un certains nombre d'outils qui tendent à mettre l'information à disposition plutôt que d'en faire une diffusion systématique.

La volonté de bien faire, et souvent de très bien faire, présente des risques importants de dérapage : la formalisation bureaucratique à outrance, une volonté parfois démesurée de tout vouloir normaliser, réglementer et standardiser, la technocratie. Une lecture et une application trop rigide des normes conduit inévitablement à la « qualité papier » et alourdit inutilement le fonctionnement de l'entreprise.

8.3.4 Le management

Les modes de management vont être profondément modifiés. Les notions de *leadership*, d'engagement et d'implication de la direction prennent une toute autre dimension. L'expérience montre en effet qu'un véritable engagement de la direction conduit à une modification profonde du mode de management.

L'engagement visible de la direction en interne comme en externe est devenu une nécessité. Il va en résulter que, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui dans les grandes entreprises, le PDG ne sera plus cette personne dont on voit la photo dans la presse spécialisée sans qu'il ait de réalité physique pour la grande majorité du personnel.

L'engagement de la direction vis-à-vis de l'extérieur ne peut plus se limiter à quelques déjeuners ou réunions d'affaires avec les principaux clients, et plus rarement les principaux fournisseurs. C'est probablement pour tous les organismes de service public ou pour certaines associations à but non lucratif qu'il faut s'attendre à des conséquences beaucoup plus importantes. Il est encore assez rare de voir les responsables de ces organismes descendre dans la rue à la rencontre de leurs « clients ». Cela se fait quelquefois dans des situations de crise, mais on ne peut pas dire que cela fasse partie d'un mode de management standard.

Dans une conception traditionnelle, le dirigeant est le chef. Dès qu'il a installé son autorité, il se crée des relations de « subordonné » à « supérieur ». Mais même si ces termes sont de moins en moins utilisés, ils sont remplacés par exemple par « dirigeant » et « employé », qui laissent encore transparaître une

notion de subordination ; c'est bien de ce type de relations dont il s'agit. On demande au chef de commander, puis de s'assurer que ses ordres ont été correctement exécutés.

Aujourd'hui, lorsque l'on parle des responsables de l'entreprise, on ne vise qu'une faible partie du personnel (les chefs), ce qui laisse supposer que la grande majorité du personnel n'a pas de responsabilité.

Avec des méthodes telles que l'approche processus ou la délégation de responsabilité (l'*empowerment*, en anglais) reprises en grande partie par la série 9000 des normes ISO version 2000, ce que l'on attend du dirigeant, c'est de fixer les orientations (politique, stratégie et objectifs de l'organisme), mais c'est aussi et surtout de fonder ses décisions sur des faits concrets, ce qui suppose qu'il s'implique et qu'il s'engage personnellement dans le fonctionnement de l'organisme.

Les dirigeants doivent créer un réseau de communication fondé sur le recueil d'informations et sur la validation de ces informations à partir d'examens effectués *in situ* par eux-mêmes. La prise de décision n'est plus alors, dans les faits, la prérogative d'un homme seul. Elle résulte d'une large concertation, ce qui a pour conséquence de mobiliser une grande partie du personnel de l'organisme.

Enfin, la crédibilité d'un dirigeant pour ce qui concerne son engagement passe par la démonstration qu'il s'applique à lui-même les règles qu'il veut faire appliquer dans l'organisme.

Il doit pour cela :

- améliorer en permanence son travail ;
- améliorer son comportement ;
- aider les autres à s'améliorer.

Le changement de culture ne peut pas se décréter. Il faut, en la matière, donner du temps au temps. Il y a cependant quelques signes qui laissent penser que, dans ce domaine aussi, on se dirige vers de nouveaux comportements. Le passage, qui est en train de se concrétiser pour certains organismes de services, de la culture de « l'usager » à celle de « client » en est un bon exemple.

L'objectif est de centrer la démarche sur l'amélioration et l'efficacité. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable que le management fasse en sorte que chaque individu dans l'organisme s'approprie la démarche. Le temps où l'on entendait couramment dire « La qualité, c'est l'affaire de la direction qualité » est révolu ; chacun doit être et se sentir investi d'une responsabilité en la matière.





Le défi

Point de départ + 10 mois

Thierry – Après de multiples essais, nous sommes arrivés à la conclusion que plus notre documentation sera simple et accessible, plus nous aurons de chances qu'elle soit effectivement appliquée.

Bien évidemment, pour ce qui concerne la description des processus, nous avons adopté une représentation sous la forme de logigrammes. Il est maintenant parfaitement clair pour nous qu'une telle description, si elle est bien faite, constitue une procédure.

C'est pour la rédaction du manuel que finalement les solutions possibles étaient les plus nombreuses. Nous avons privilégié celle qui satisfera le plus notre personnel et nos clients plutôt que celles qui auraient été plus adaptées à une utilisation par un auditeur externe.

Le sommaire de notre manuel est donc organisé autour de ce qui constitue notre cœur de métier, à savoir la formation. C'est ainsi que nous nous sommes attachés à décrire en priorité notre pratique en matière de :

– conception des stages ;
– qualification des intervenants ;
– logistique et de mise en œuvre des stages.

Une fois ces chapitres rédigés, les autres sujets à traiter s'organisent tout naturellement en trois grands domaines :

– les responsabilités de la direction (stratégie, politique, organisation, communication, etc.) ;
– la maîtrise de la documentation ;
– l'amélioration permanente (constat, analyse des causes, choix d'une solution, mise en œuvre de la solution, revue de direction).

Michel – Je reconnais volontiers m'être totalement fourvoyé en voulant faire un replâtrage de notre ancienne documentation. Nous sommes repartis sur des bases plus solides et il se trouve que nous aboutissons aux mêmes conclusions que Thierry.

Éric – Te voilà donc sorti du bunker.

Au labo, passée la première stupeur, le personnel du laboratoire commence à s'intéresser très sérieusement à notre projet de certification. Je dis « notre » car ce n'est plus uniquement le mien. « Stupeur » parce que, dans leur esprit, les règles, les exigences et autres contraintes sont totalement incompatibles avec une activité de recherche. « Intérêt », parce que l'analyse des processus a très rapidement fait

apparaître des pistes d'améliorations à la fois dans les conditions de travail et dans le fonctionnement de notre laboratoire. Nous sommes d'ores et déjà assurés de pouvoir dégager un budget pour l'achat d'une machine que nous n'espérions pas pouvoir nous payer avant plusieurs années.

Vous conviendrez qu'il ne s'agissait pas de casser ce bel enthousiasme en mettant en place une documentation lourde et inefficace comme il en existe tant. Comme Thierry, nous avons abouti à une documentation descriptive de notre système de management, qui est reconnue par tous comme étant très utile.

Maguy – Dans ton plan, il y a un certain nombre de sujets importants que je ne vois pas apparaître. Par exemple, l'audit interne qui est une exigence de la norme.

Thierry – L'audit fait partie des moyens, on pourrait dire des outils, qui permettent de repérer les dysfonctionnements. Nous les traitons dans le chapitre consacré à l'amélioration permanente. Ta question me rappelle un point intéressant, à savoir qu'en dehors du texte mis dans le manuel, nous n'avons pas éprouvé le besoin d'établir un document supplémentaire traitant de l'audit. La procédure exigée par la norme est donc, pour ce qui nous concerne, incluse dans le manuel.

Michel – J'ai le sentiment que, l'échéance se rapprochant, notre façon d'aborder les problèmes devient de plus en plus pragmatique et que finalement, comme dirait notre professeur de golf, le nombre de balles hors limites se réduit considérablement.

Il est d'ailleurs temps de faire de nouveaux progrès en allant nous entraîner à putter sur le green, pour bien finaliser les étapes de notre parcours.

8.4 Mettre à jour la documentation

C'est un des points clés de la mise à niveau. Il est évident que le travail ne sera pas le même selon que l'on part de zéro, que l'organisme a déjà mis en œuvre un système de management de la qualité, y compris s'il n'a pas été maintenu, ou qu'il s'agisse d'un ajustement d'un système conforme à la version 2000 de la norme.

Compte tenu de l'importance de la documentation décrivant le système de management de la qualité pour la réussite dans de bonnes conditions de la certification, il y a lieu ici de rappeler quelques principes que l'on peut qualifier « de bon sens ».

Une documentation, manuel de management de la qualité et procédures qui lui sont associées, est faite pour être utilisée par toutes les catégories de personnel de l'organisme. Pour que cela soit possible, il faut donc qu'elle soit claire, compréhensible, accessible. La clarté est une des qualités les plus difficiles à obtenir. Il suffit pour s'en convaincre de demander à quelques personnes de l'organisme d'analyser un paragraphe d'une procédure et de l'écrire sous une autre forme en fonction de ce qu'elles en ont retenu. Il est assez frappant de constater les différences d'interprétation que l'on obtient. Ceci est souvent dû au fait que les phrases sont parfois longues, que la ponctuation n'est pas correctement mise, que les pronoms indéfinis (« on » fait) ne permettent pas de savoir « qui » fait, etc.

Un schéma ou un logigramme bien conçu ne présente généralement pas tous ces inconvénients (*cf.* figure 8.4).

Les situations les plus graves sont celles où la documentation a été définie par des qualiticiens pour des qualiticiens ou, pire encore, pour un auditeur externe à l'organisme. Dans ce cas, il est clair que le personnel de l'organisme, éprouvant de grandes difficultés pour comprendre et surtout retrouver dans la documentation ce qu'il connaît à son poste de travail, considère que cette documentation ne le concerne pas.

Ce n'est pas en volume ou en poids que l'on mesure la qualité d'une documentation. On pourrait être tenté aujourd'hui de lancer comme slogan : « Halte à la qualité papier ! ».

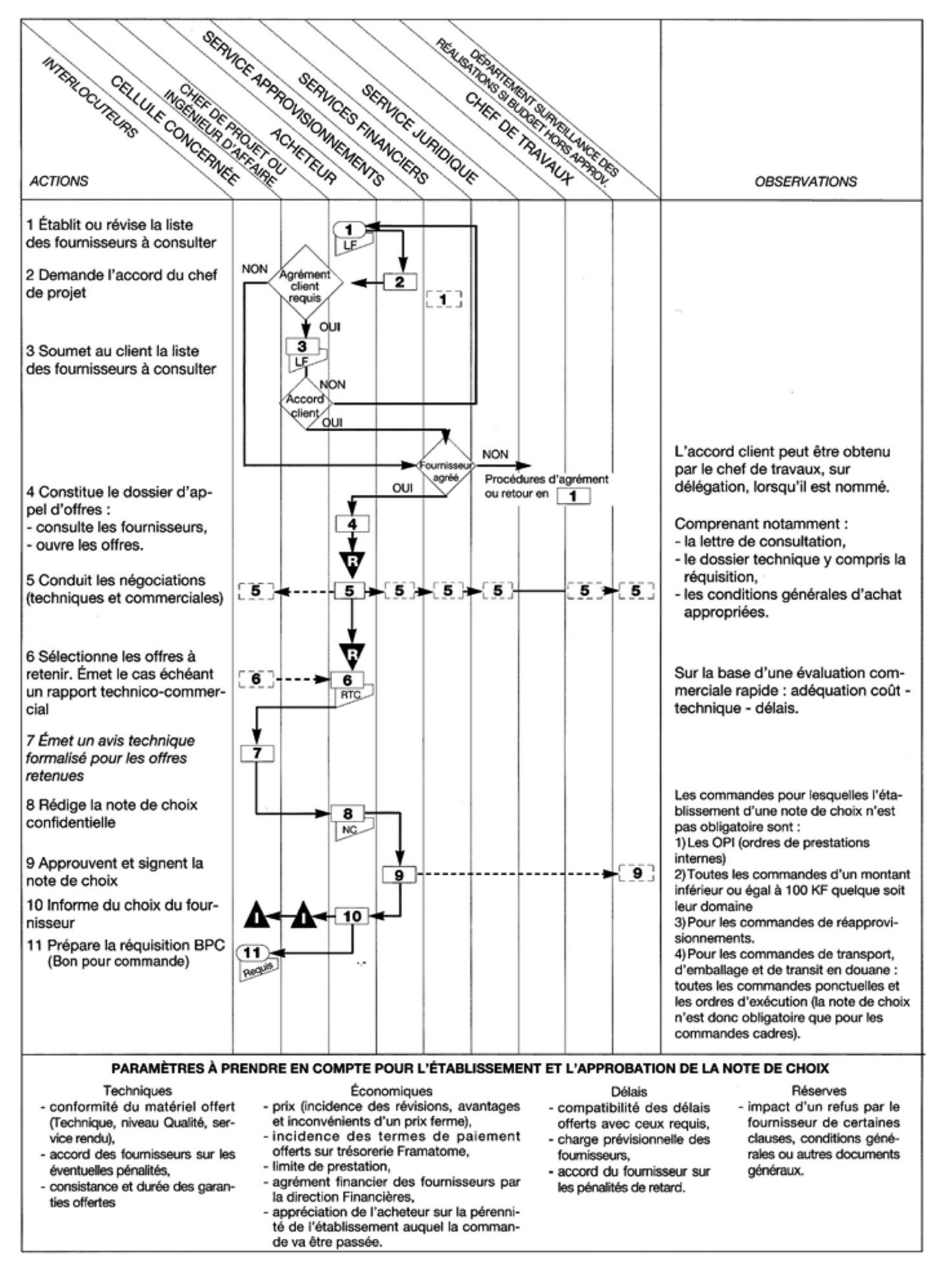


Figure 8.4 Représentation d'un processus « choix d'un fournisseur »

> « Le système qualité de l'Opievoy compte en tout 80 procédures !… que nous allons convertir en une dizaine de processus. »[68]

Il ne faut pas oublier que maîtriser une documentation coûte un certain prix. Ce prix évolue de façon exponentielle en fonction du volume de la documentation.

8.4.1 Le manuel

Alors que le manuel qualité a été le plus souvent un document à travers lequel l'organisme tentait d'exposer comment il répondait, dans une forme convenue, à toutes les exigences de la norme, il est devenu de plus en plus l'expression du mode de management de la qualité décidé par la direction. Les méthodes et les moyens choisis pour répondre aux exigences se trouvent dans des documents divers, et pour l'essentiel dans les documents descriptifs des processus.

● Un choix de direction

Pendant longtemps, les rédacteurs des manuels ont le plus souvent choisi un découpage correspondant, pour l'essentiel, aux paragraphes et chapitres de la norme. Il faut reconnaître que cela facilitait les choses, aussi bien pour les rédacteurs que pour les auditeurs. Cela permettait de disposer ainsi d'une bonne correspondance entre exigences du manuel et exigences de la norme.

En revanche, cette façon de procéder présentait l'inconvénient majeur, pour un acteur quelconque de l'organisme, de disposer d'un manuel qui ne correspondait ni à sa vision ni à son vécu du fonctionnement de l'organisme. Dans le meilleur des cas, un individu pouvait y reconnaître la description d'une partie de sa fonction sans toujours pouvoir faire le lien entre sa fonction et les fonctions amont et aval. Une structure aussi standardisée a conduit à un « certain » désintérêt des dirigeants quant au contenu du manuel.

Depuis la version 2000 de la norme ISO 9001, il en est tout autrement. On imagine mal que la direction n'intervienne pas dans le choix de la structure du manuel alors que ce choix est étroitement lié :

- à l'implication de la direction dans le système de management de la qualité ;
- à la politique décidée par la direction ;
- au fonctionnement de l'organisme à travers la définition des processus et de leurs interactions.

---

[68] Marc Dupourqué (Directeur de la qualité et du système dinformation de lOpievoy), propos recueillis par Frédéric Piquet, *Qualité références*, avril 2001, p. 3.

● Un sommaire adapté à l'organisme

Si l'on choisissait de structurer le manuel selon les huit chapitres de la version 2008, il y a fort à parier que l'on obtiendrait un contenu totalement décousu dans lequel les acteurs de l'organisme auraient encore du mal à s'y retrouver.

Il s'agit donc, pour chaque organisme, de définir la structure qui correspond le mieux à sa culture, et surtout à sa politique et à sa stratégie. Il appartient à la direction de définir les principaux axes de sa politique en matière de management de la qualité. Le choix de la structure du manuel devra se faire en fonction des axes de politique retenus. Cette façon de procéder présente l'avantage de mettre le manuel au centre du fonctionnement quotidien de l'organisme ; elle a, par contre, l'inconvénient de devoir évoluer au gré des changements de politique qui restent, il faut l'espérer, peu fréquents.

Cas d'un organisme de taille moyenne

La direction veut organiser le fonctionnement de l'organisme autour de quatre points d'ancrage, à savoir :

1. *Les méthodes de management*. La direction souhaite mettre en œuvre ces méthodes parce qu'elles constituent un moyen de progresser et qu'elles deviendront, à terme, un atout concurrentiel.
2. *L'approche processus*. Les techniques et les outils, dans les domaines où se situe l'organisme, évoluent très rapidement ; cette situation nécessite une bonne maîtrise des processus pour pouvoir les adapter rapidement.
3. *Les clients*. Omniprésents, car ils sont partie prenante de la conception de nouveaux produits par l'organisme.
4. *Les fournisseurs*. Leurs prestations représentent un poste important du prix de revient des produits proposés par l'organisme. Il y a lieu de définir et de gérer des partenariats avec les fournisseurs.

Le schéma le plus simple consiste alors à bâtir un manuel autour de quatre chapitres principaux : management, processus, clients et fournisseurs. Chacun de ces chapitres, outre la description des principes, méthodes et moyens définis et mis en œuvre par l'organisme pour traiter l'un des quatre points d'ancrage, devra :

– faire apparaître clairement comment est mise en œuvre l'amélioration continue (PDCA) ;
– présenter les modalités de maîtrise de la documentation ;
– répondre dans chaque chapitre à toutes les exigences applicables de la norme comme, par exemple, celles qui concernent les mesures et les contrôles.

Cas d'une structure de petite taille

Supposons que l'organisme soit d'une taille telle que les méthodes de management ne constituent pas un sujet qui requiert une attention permanente. À l'inverse, il arrive souvent que, dans les structures de petite taille, les problèmes de concurrence soient particulièrement brûlants. C'est alors l'amélioration continue (PDCA) qui devient une préoccupation de tous les instants.

Dans un tel contexte, on peut imaginer de structurer le manuel en trois chapitres principaux :

– les processus ;
– le PDCA ;
– les partenaires (clients, fournisseurs et autres).

Bien évidemment, pour être conforme aux exigences de la norme, il faut que chacun de ces chapitres traite de sujets tels que le management, la maîtrise des documents, et en particulier des enregistrements, et le cas échéant des mesures et contrôles.

Cas d'un organisme ayant une forte culture qualité

Pour des organismes qui se sont résolument engagés dans la voie de la qualité et de l'autoévaluation, le manuel de management de la qualité peut être organisé selon les critères du référentiel utilisé pour l'autoévaluation.

Ces trois exemples montrent qu'il est possible, et même souhaitable, d'user de la liberté laissée par la norme quant à la structure du manuel. Elle ouvre très largement la porte en précisant que la documentation décrivant le système qualité doit être adaptée à la nature de l'organisme.

« Note 2 : L'étendue de la documentation du système de management de la qualité peut différer d'un organisme à l'autre en raison :

– de la taille de l'organisme et du type d'activités ;
– de la complexité des processus et de leurs interactions ;
– de la compétence du personnel. »[69]

Les points d'ancrage définis par la direction constituent donc l'ossature du manuel. Mais rien n'empêche d'y associer quelques chapitres ou annexes pour compléter la description du système de management de la qualité.

Ainsi, un chapitre peut être consacré à l'organisation fonctionnelle de l'organisme.

Des exemples de manuels, pour les organismes de nos golfeurs, sont donnés dans les fiches pratiques en fin d'ouvrage.

● Manuel et procédures : deux structures indissociables

Contrairement à tout ce qui a pu être dit dans le passé, la nécessité d'écrire un manuel puis de le décliner dans des procédures (« pyramide » de la documentation) n'est plus d'actualité. En effet, comment décrire les interactions entre processus alors que les processus n'ont pas été décrits ? La supposée hiérarchie de la documentation décrivant le système de management de la qualité s'en trouve bouleversée.

Néanmoins, il ne peut y avoir de description des processus sans qu'un certain nombre de points d'ancrage aient été définis au préalable.

[69] NF EN ISO 9001 (2000), *Systèmes de management de la qualité – Exigences*, § 4.2.1.

Il n'y a donc qu'une seule façon de s'y prendre, c'est de structurer et d'établir le manuel et les procédures en même temps. Outre le fait que la cohérence est ainsi mieux assurée, cela présente l'avantage de faire en sorte que les opérationnels prennent part à la rédaction du manuel.

La difficulté est de faire en sorte que ces deux types de documents, manuel et procédures, ne se répètent pas sous des formes différentes ou ne se contredisent pas. Il faut faire en sorte que les contenus soient complémentaires et non redondants.

8.4.2 Les procédures

Si le manuel fixe les modalités de mise en œuvre de la politique de l'organisme en matière de management de la qualité, les procédures sont le support opérationnel de l'application de cette politique.

La description des processus, quelle que soit la forme de représentation retenue, constitue un élément essentiel de la documentation décrivant le système de management de la qualité. C'est en partie à partir de cette description, qui fait apparaître les forces et les faiblesses du fonctionnement de l'organisme, que des orientations seront prises par la direction pour consolider les points faibles et mettre en exergue les points forts.

Les orientations de la direction constituent en général les points d'ancrage mis en avant dans le manuel de management de la qualité pour démontrer la prise en compte des exigences de la norme.

Le recueil des procédures est caractérisé par le niveau d'implication de la direction, la structure retenue pour le recueil et, bien sûr, par son contenu.

● La forte implication de la direction

Depuis la version 2000 de la norme ISO 9001 :

- l'engagement et l'implication exigés de la direction sont beaucoup plus importants que par le passé ;
- la cartographie (ou la liste) des processus doit être entérinée par la direction ;
- le choix des processus stratégiques est de la responsabilité de la direction.

Les recommandations de la norme ISO 9004 (2000) sont très claires quant au rôle de la direction en matière de documentation :

> « Il convient que la direction définisse la documentation, y compris les enregistrements pertinents nécessaires pour établir, mettre en œuvre et entretenir le système de management de la qualité et pour soutenir un fonctionnement efficace et efficient des processus de l'organisme. »[70]

Dans un tel contexte, la direction de l'organisme ne peut plus se contenter d'apposer un paraphe sur la page de garde des procédures.

Elle doit être impliquée au moins à quatre niveaux :

- Au niveau de la définition de la structure du recueil qui est le reflet de la cartographie des processus. La direction doit, d'autre part, choisir parmi l'ensemble des processus ceux qui sont stratégiques pour l'organisme.
- Au niveau de la description des processus, car cela touche à l'organisation et au fonctionnement de l'organisme.
- Au niveau des modalités d'amélioration permanente, car cela concerne en général des choix stratégiques ou des décisions importantes quant à la mise à disposition de ressources.
- Au niveau du management des processus, car il s'agit de désigner la personne qui assurera le pilotage du processus. C'est aussi dans ce cadre que sont à définir les critères de vitalité d'un processus (objectifs, niveau d'efficacité, efficience).

À noter que, parmi l'ensemble des processus de l'entreprise, ceux que l'on désigne sous le vocable de « processus de management » peuvent être rationalisés comme tous les autres et donc faire l'objet d'analyses détaillées par les dirigeants qui en sont les tout premiers acteurs.

● Le sommaire adapté à l'organisme

Si la standardisation du formalisme des procédures ne prête pas trop à conséquence, le choix d'une mauvaise structure du recueil des procédures est beaucoup plus grave. Là encore, nous avons assisté ces dernières années à une dérive qui a consisté à vouloir tout décrire dans le détail à travers des procédures.

---

[70] NF EN ISO 9004 (2000), *Systèmes de management de la qualité Lignes directrices pour lamélioration des performances*, § 4.2.

Si l'on ajoute le fait que les différentes unités d'un même organisme ont tout fait pour avoir chacune leur propre ensemble de procédures, on comprend aisément qu'il devenait très difficile d'assurer une cohérence entre leurs recueils de procédures.

Dans le meilleur des cas, quelqu'un, en général le responsable qualité, se dévouait pour écrire une nouvelle procédure expliquant les incohérences et la façon de passer d'un recueil à un autre.

Dans le cadre d'une approche processus, il est difficilement concevable d'avoir plusieurs recueils décrivant les processus au sein d'un même organisme, à moins qu'il existe des unités n'ayant aucun lien entre elles. Il s'agit donc de définir un sommaire qui puisse convenir à tous.

● Le contenu du recueil

Il est possible, et même souhaitable, de ne pas se laisser enfermer dans une structure standard. Comme pour le manuel, la norme laisse toute liberté à l'organisme pour organiser son recueil des procédures.

Aujourd'hui, la question du lien entre procédures et processus est très souvent posée. Il ne faut surtout pas inventer deux systèmes qui auront tendance à vivre leur vie séparément. Il faut considérer la procédure comme une description du processus, formalisée sur un support.

Il y a donc lieu de procéder à un examen, et éventuellement à une refonte des procédures existantes, pour aller vers un recueil des descriptions de processus.

Dans tous les cas, le recueil des procédures devra contenir la description des processus stratégiques de l'organisme. Au-delà de ces quelques procédures, il faut se demander s'il est utile d'établir des documents spécifiques pour traiter d'autres sujets.

Ainsi, la norme demande qu'une procédure soit établie pour l'audit, mais nous restons libres de l'inclure ou de la référencer dans le manuel. Pour une PME qui n'a pas un système d'audit complexe, il est évident qu'un court texte dans le manuel sera largement suffisant.

De la même façon, il est inutile de faire une description complexe d'un processus s'il ne concerne qu'une ou deux personnes et s'il est parfaitement maîtrisé. La compétence du personnel est, dans ce cas, un critère important sur lequel doit s'appuyer la décision d'établir ou non un document de procédure spécifique.

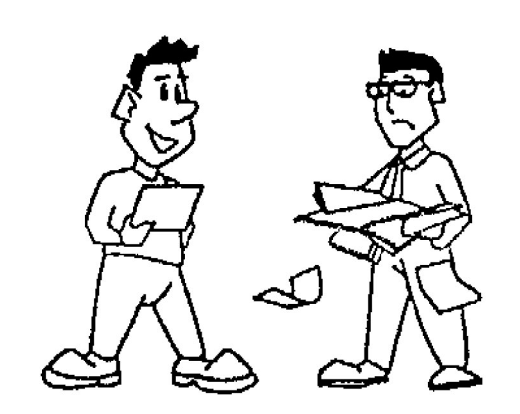
Outre les procédures, le recueil peut contenir, si le besoin existe : un glossaire, une liste des abréviations utilisées, la liste des imprimés et formulaires, etc.

- **La gestion de la documentation**

Il y a un sujet qui est souvent négligé ou pour le moins sous-estimé : c'est celui de la gestion de cette documentation. Une documentation mal conçue (découpage, numérotation, page de garde, identification, etc.) contribuera à rendre les coûts de maintenance et de gestion prohibitifs.

Quel que soit le soin mis pour établir et gérer la documentation descriptive du système de management de la qualité, réduire la maîtrise de la qualité à l'écriture et à l'application de procédures et d'instructions revient à ignorer les dimensions extrêmement importantes de la qualité que sont l'organisation des interfaces internes comme externes, les relations partenariales avec les fournisseurs et les clients, la mobilisation et la motivation du personnel et, bien sûr, la maîtrise des coûts de fonctionnement, et des produits et services.

Partie III
Pendant



Le labyrinthe

C'est à cette étape qu'une bonne moitié des équipes qui se présentent au contrôle déclare qu'elle abandonne. Cela se produit lorsqu'une équipe est beaucoup trop sûre d'elle-même et compte plus sur les aides extérieures plutôt que sur ses propres capacités pour progresser. On constate aussi que l'écart se creuse entre les équipes, au moins pour ce qui concerne le temps. Cet écart ne porte pas à conséquences pour le moment mais, à partir de l'étape suivante, cela jouera un rôle essentiel sur le résultat final. C'est un élément qui agit sur le moral et donc sur la capacité à réussir de l'équipe. Tenir les délais et obtenir des résultats dans le temps imparti contribue à la motivation des équipiers.

« Vous ne pourrez passer le tronçon de labyrinthe suivant que si vous réussissez effectivement à faire ce que vous nous avez dit pouvoir faire, ceci dans les conditions exactes que vous nous avez décrites. Il s'agit pour vous de mettre en œuvre le processus de réalisation que vous avez choisi et de vérifier que cette application est conforme à la description que vous en avez faite.

Pour vous faciliter la tâche au cours de votre progression, si vous tombez sur un obstacle qui vous paraît infranchissable, vous serez autorisé à emprunter pour un temps la voie du cicérone sur laquelle vous serez guidé. Si vous êtes déjà sur cette voie, vous pourrez revenir au point de départ de l'étape pour redéfinir votre processus. Ces retours ou changements de voie ne sont autorisés qu'à deux reprises. Si, malgré cela, vous ne réussissez pas à traverser cette partie du labyrinthe, il vous faudra repartir à zéro et vous présenter à l'entrée pour un nouveau parcours. »

9

Mettre en œuvre le « nouveau » système de management de la qualité

La mise en œuvre d'un système de management de la qualité passe par trois grandes phases, la première consistant à installer et à appliquer le système de management de la qualité tel qu'il a été défini. La seconde consiste à en vérifier le bon fonctionnement. Quant à la troisième phase, c'est celle au cours de laquelle sont effectués les ajustements indispensables résultant des constats faits lors de la seconde phase.

9.1 Installer le système de management de la qualité

La mise en application du système de management de la qualité constitue l'une des phases les plus importantes du projet de certification. Cette phase doit être préparée avec le plus grand soin pour éviter le rejet de la nouveauté ou le constat, un peu tard, d'une incohérence dans les choix qui auront été faits et les solutions retenues.

Avant toute chose, il est donc indispensable de réaliser une revue de l'ensemble du système de management de la qualité avec comme données d'entrée :

- la documentation descriptive du système de management de la qualité ;
- les contraintes opérationnelles des différentes unités de l'organisme ;
- l'état d'avancement des formations ;
- l'état d'avancement des différents groupes de travail en charge de définir les améliorations et d'apporter des solutions pour supprimer les non-conformités récurrentes.

La revue a pour objet de :

- s'assurer de la cohérence d'ensemble du système ;
- s'assurer de l'aboutissement des actions planifiées, et en particulier décider du report éventuel de certaines actions. Il n'est pas indispensable que toutes les actions entreprises aient abouti à la date prévue de mise en œuvre du système ;
- désigner les personnes qui seront chargées de surveiller le bon déroulement de la mise en œuvre ;
- fixer des objectifs en termes de dates souhaitées pour aboutir à un fonctionnement normal en application du nouveau système ;
- fixer des objectifs de résultats, en particulier pour les processus.

Les données de sortie de la revue concerneront donc en priorité :

- le chef de projet certification (cohérence du système et délai de mise en œuvre) ;
- les pilotes de processus (objectifs d'efficacité) ;
- les chefs d'unité (bon déroulement de la mise en œuvre).

Dans de nombreux organismes, cette mise en œuvre se fait par étapes, par exemple processus par processus. C'est une méthode qui présente l'avantage de la simplicité au niveau de la coordination d'ensemble du projet de certification. Elle a l'inconvénient d'induire parfois un nombre important d'itérations pour assurer la cohérence entre deux actions décalées dans le temps. Ceci peut avoir un effet très négatif sur la mobilisation du personnel.

L'implication du personnel est une condition essentielle pour réussir la mise en œuvre d'un système de management de la qualité. Lorsque les changements

induits sont importants, il faut veiller aux conditions de mise en œuvre pour faire en sorte que le personnel ne soit ni effrayé par l'ampleur des changements, ni fataliste devant la quantité de travaux à lancer dans un ordre qu'il ne maîtrise pas toujours. Il faut ordonner, doser et, par-dessus tout, communiquer.

Selon l'ampleur des évolutions à mettre en application, le temps nécessaire à cette mise en œuvre sera plus ou moins long. Dans tous les cas, il faut prévoir une période de rodage du nouveau système ; période qui sera de trois mois environ pour des modifications qui ne remettent pas en cause fondamentalement le système, et qui ira au-delà de six mois lorsque les changements sont importants. Cette période de rodage est rendue nécessaire pour s'assurer de la stabilité du système et de la bonne compréhension des modalités de son application.

La structure ayant été ainsi décrite et mise en œuvre, il faut définir ce qu'il y a lieu de mesurer et se doter des moyens de mesure pour s'assurer du bon fonctionnement des processus et de leur amélioration permanente. Les mesures doivent porter a minima sur :

- l'efficacité des processus, donc l'atteinte des objectifs et la satisfaction client ;
- la performance des processus, à savoir la productivité, la réduction des cycles, etc. ;
- les taux de non-qualité à travers l'évaluation des dysfonctionnements, des réclamations clients, etc.

Cette première phase doit donc, grâce à une série d'indicateurs judicieusement choisis et placés, fournir un état de santé des processus.

Pour les organismes qui ont d'ores et déjà mis en place le management de leurs processus, c'est au cours de cette phase qu'est établi un plan d'amélioration de la qualité.

9.2 Vérifier la mise en œuvre et l'amélioration continue

L'organisme doit évaluer régulièrement et systématiquement son système de management de la qualité, et tout particulièrement le système de management des processus qui en constitue la colonne vertébrale. Cette évaluation met en évidence des dysfonctionnements et des propositions d'amélioration, qui doivent être analysés pour agir sur les causes de ces dysfonctionnements et mettre en œuvre un plan d'amélioration réaliste et efficace.

Après quelques semaines d'application du système de management de la qualité, il y a donc lieu de s'assurer de son bon fonctionnement et de son efficacité. Ces vérifications peuvent être effectuées de différentes façons, mais il est recommandé de les réaliser en empruntant des voies complémentaires comme l'audit, l'enquête de direction et la revue par exemple, pour pouvoir faire des recoupements et explorer des domaines qu'une seule voie ne permettrait pas d'atteindre.

9.2.1 L'audit

Il permet de relever les incohérences, les difficultés d'application ou l'incompréhension d'une exigence, les oublis ou l'ambiguïté de la rédaction d'une procédure, etc. Les non-conformités relevées doivent alors être corrigées rapidement pour éviter que ne s'installent de mauvaises habitudes.

Les premiers audits doivent aussi être l'occasion de mettre au point une matrice de maturité qui permettra de mesurer l'évolution de l'efficacité du système de management de la qualité.

9.2.2 L'enquête de direction

Elle a pour but de vérifier l'adéquation de l'organisation, et plus généralement du système de management de la qualité, avec la stratégie et la politique de l'organisme. Cette enquête, conduite par le président directeur général ou le directeur général, est l'occasion d'un échange direct avec les différentes catégories de personnel de l'organisme. L'échange est en général d'autant plus fructueux qu'il porte sur des éléments concrets du fonctionnement de l'organisme, et surtout sur les fonctions, sur les tâches et sur le vécu des personnes rencontrées.

9.2.3 Les revues de processus

Les revues de processus, comme les revues de direction, constituent un élément moteur essentiel pour l'amélioration continue du système de management de la qualité.

> « Il convient que la direction prenne les dispositions lui permettant de vérifier périodiquement, par exemple à l'occasion de la clôture d'exercice, de l'élaboration de plan d'actions, du budget mais aussi à l'occasion d'un changement conduisant à une adaptation de la politique de l'organisme :
>
> – qu'elle dispose d'une vision et d'une représentation suffisamment précises du réseau de processus regroupant les activités de l'organisme ;
> – que les mécanismes d'écoute client sont activés et fonctionnent efficacement ;
> – que les processus clés contribuent dans la mesure prévue à l'atteinte des objectifs de l'exercice ;
> – que les pilotes des processus assurent leur fonction de manière efficace ;
> – que les relations entre les pilotes des processus et les responsables fonctionnels sont maîtrisées ;
> – que les interactions entre processus sont maîtrisées ;
> – que les modalités d'arbitrage prévues (en matière d'allocation de ressources, de priorités, de répartition d'autorités et/ou de responsabilités, etc.) sont mises en application et donnent les résultats attendus. »[71]

Quant aux revues de processus, elles ont pour objet :

> – « d'assurer la satisfaction permanente des besoins et attentes du client du processus ;
> – d'identifier toute dérive d'un processus et de définir les actions correctives et/ou préventives ;
> – d'identifier les opportunités d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du processus ;
> – de mesurer la maturité du processus et de comparer le niveau mesuré avec le niveau préalablement fixé ;
> – de vérifier la bonne corrélation entre activités contributives du processus ;
> – d'évaluer les interactions avec les autres processus. »[72]

Ces moyens de vérification doivent être utilisés régulièrement et selon un rythme à définir par l'organisme parce qu'ils constituent une source d'information essentielle et fiable qui est fondamentale pour assurer l'amélioration continue du système.

---

71 FD X50-176 (2005), *Management de la qualité – Management des processus*, AFNOR.
72 FD X50-176 (2005), *Management de la qualité – Management des processus*, AFNOR.

9.3 Réaliser les ajustements nécessaires

L'erreur classique est de corriger les incohérences ou les non-conformités au cas par cas et au fur et à mesure qu'elles sont relevées. On risque ainsi de créer des incohérences ou d'amplifier les incohérences qui existent déjà.

Il faut, au contraire, veiller à ce que la solution retenue pour faire disparaître les causes d'un problème soit compatible avec le système de management de la qualité. Dans le cas contraire, il faudra rechercher une autre solution ou faire évoluer le système. Il ne s'agit donc pas d'adopter systématiquement la solution qui est, du point de vue théorique, la meilleure.

Le chef de projet certification se doit d'être très attentif à ce problème et de provoquer, lorsque cela s'avère nécessaire, une revue de cohérence avant de mettre en application la modification.

Là encore, il faut appliquer strictement les règles de la gestion de projet, à savoir que toute modification doit faire l'objet d'une étude, son traitement et sa mise en œuvre doivent être planifiés, et le bon fonctionnement de sa mise en application doit être vérifié.



Le défi

Point de départ + 12 mois

Maguy – Je ne sais pas ce qu'il en est pour vous mais, en ce qui me concerne, les leçons de golf m'ont bien fait progresser. Je me sens beaucoup plus assurée sur le parcours. Un peu d'aide ne fait finalement pas de mal.

Oh oui, je sais : nous ne pouvons parler de golf qu'après notre réunion « Défi ». Je me tais et fais place au management de la qualité.

Éric – Nous venons de vivre dans notre laboratoire une expérience assez particulière. Figurez-vous qu'après avoir mis en œuvre notre système de management tel que nous l'avions défini, avec d'ailleurs la participation du plus grand nombre, j'ai décidé de lancer un « pré-audit » ou un « audit à blanc » ; je ne sais pas quelle est l'expression consacrée.

Pour bien faire les choses, j'ai demandé à une équipe d'auditeurs chevronnés, rencontrés dans le cadre d'un groupe de travail normalisation, de bien vouloir effectuer cet audit.

Le résultat a été tout bonnement catastrophique. Non pas parce que les auditeurs ont relevé de nombreuses non-conformités, il n'y en avait pratiquement pas. Mais tout simplement parce qu'ils se sont trouvés devant des interlocuteurs paniqués, qui avaient perdu tous leurs moyens. Cela se traduisait par de mauvaises réponses aux questions posées ou par l'impossibilité de remettre la main sur les documents qui leur étaient demandés.

Je n'aurais jamais imaginé que du personnel ayant une grande expérience professionnelle, avec une ancienneté moyenne importante, se retrouve comme sur les bancs de l'école, avec le trac comme lors du passage d'un examen.

Pour positiver un peu cet incident de parcours, je dirais que cela montre qu'ils ont pris très à cœur notre opération de certification et que leur trac venait de ce qu'ils craignaient de faire chuter l'équipe.

Résultat de l'opération : il nous faut dédramatiser l'audit, montrer qu'on ne leur demande rien de plus que ce qu'ils ont pris l'habitude de faire quotidiennement. En d'autres termes, convaincre et faire comprendre sans les mettre dans un contexte de concours avec une préparation du type bachotage.

Michel – Si tu m'avais parlé de ton intention de procéder à un audit à blanc, j'aurais pu te mettre en garde, car c'est un problème que nous avons aussi rencontré, mais pas uniquement à propos des audits. Nous avons les mêmes difficultés lorsque nous demandons à un membre de notre personnel, qui n'est pas spécialement entraîné, de faire une présentation à l'un de nos clients ou d'intervenir à l'occasion d'un congrès. La

meilleure façon de s'y prendre est de procéder à des répétitions jusqu'à ce que cela devienne un automatisme.

Thierry – Nous voilà partis dans le bachotage. À la première question qui sort de la leçon apprise par cœur, la personne interrogée s'effondre, ce qui est d'un effet assez catastrophique.

Dans le cadre de mon métier de formateur et de conseil, j'ai été amené à rechercher les causes profondes de ce malaise alors que dans la vie professionnelle ces mêmes personnes sont tout à fait à l'aise. Une des causes de ces difficultés est sans aucun doute dû à la personnalité de l'individu : timidité, manque d'assurance, comportement devant la nouveauté, peur de l'inconnu. Mais la raison principale, qui vaut pour tout le monde, est tout simplement la compréhension et la maîtrise du sujet. C'est pourquoi il est indispensable de faire en sorte que la qualité fasse partie du quotidien de chaque personne dans l'organisme, et surtout que chacun l'ait parfaitement intégrée au niveau des tâches qu'elle accomplit.

Maguy – N'oublions pas non plus que les personnes interrogées à l'occasion d'un audit doivent être mises en confiance. J'ai connu des auditeurs qui prenaient un malin plaisir à déstabiliser leur interlocuteur en espérant pouvoir enrichir leur rapport d'audit.

Michel – Je peux vous dire qu'en ce qui nous concerne, il n'est pas question de faire du bachotage, car nous obtiendrions l'effet inverse de celui que nous souhaitons. En effet, je pense que cela contribuerait à mettre le personnel dans une situation analogue à la préparation d'un examen.

Thierry – À propos d'examen, j'ai rencontré notre professeur de golf et il m'a annoncé qu'il nous avait inscrits, sans nous demander notre avis, à une compétition qui a lieu le week-end prochain. Je crains fort que nous constations tout au long de la semaine une forte croissance de notre stress.

Il faut peut-être que nous allions le voir pour qu'il nous donne quelques conseils et qu'il nous fasse travailler nos points faibles.

10

Préparer les futurs audités

Cette préparation ne doit en rien ressembler à la préparation d'un examen. Vouloir faire apprendre par cœur aux futurs audités les réponses aux questions standards qui leur seront probablement posées par les auditeurs relève de l'enfantillage et, dans certains cas, de l'escroquerie. Il faut savoir ce que l'on veut : faire tout ce que l'on peut pour obtenir un certificat sans se soucier de ce qui se passera après, ou bien vouloir implanter durablement un système de management de la qualité dans l'organisme et à cette occasion obtenir un certificat. Oublions le premier cas qui n'offre strictement aucun intérêt et plaçons-nous définitivement dans le cas d'un organisme qui a compris les avantages qu'il pourrait tirer de la mise en œuvre d'un solide système de management de la qualité.

La préparation des futurs audités a alors trois objectifs que nous allons passer successivement en revue, et dont l'un des plus importants est ce que l'on pourrait qualifier de « formation à la situation d'audité ». Mais rien ne sera possible ou du moins efficace si l'on ne s'assure pas avant toute chose que le système de management de la qualité, tel qu'il a été défini, est compris de tous dans sa forme, à travers la documentation qui le décrit, et dans le fond, par la compréhension des modalités d'application qu'il définit.

10.1 Former au système de management de la qualité

Il y a lieu d'envisager deux types de formations, décrites ci-après.



10.1.1 La formation découverte

Elle concerne la prise de connaissance du contenu et de l'organisation du système de management de la qualité. Cette formation, qui s'apparente davantage à une sensibilisation, s'adresse à l'ensemble du personnel. Elle gagne à être dispensée sur le terrain par des responsables qualité ou, mieux, par les correspondants qualité lorsqu'ils existent pour la partie relative à la documentation descriptive du système de management de la qualité, manuel et procédures, et par les pilotes de processus pour la description des processus.

Ces séances de sensibilisation doivent être l'occasion pour les animateurs de recueillir les commentaires des acteurs du système de management de la qualité et, le cas échéant, de clarifier les zones d'ombre ou de préciser les directives qui se révèleraient ambiguës.

Mais par-dessus tout, les animateurs ont à faire passer deux messages :

- tout le monde est partie prenante du système de management de la qualité ;
- chacun à son poste exerce une responsabilité, ce qui implique qu'il doit participer activement à l'amélioration permanente du système par l'amélioration des tâches qui sont les siennes, mais aussi en exerçant toute la vigilance nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des interfaces avec ses fournisseurs et ses clients internes ou externes.

10.1.2 La formation action

La mise en œuvre du système de management de la qualité fait apparaître dans la plupart des cas des insuffisances, des incohérences, des oublis, etc. Nous avons vu qu'il faudra, une fois que leur traitement aura été planifié, procéder à leur analyse et à la mise en application de la solution retenue. Cette analyse n'est que très rarement l'affaire d'une personne seule. Elle nécessite des échanges qui se font en général dans un groupe de travail. Or de tels groupes ne fonctionnent correctement que s'ils sont animés par des facilitateurs qui sont en mesure de proposer et d'appliquer des méthodes d'analyse.

La meilleure façon de former de tels facilitateurs est de les mettre en situation dans le cadre d'une formation action qui consiste à les guider et à les suivre pour la résolution d'un problème concret.

10.2 Former à la situation d'audité

Il faut en particulier que tout le monde sache que l'audit de certification se déroule, comme tous les audits de systèmes de management de la qualité, selon trois axes qui correspondent à trois types de vérifications :

1. L'organisme a décrit un système de management de la qualité répondant aux exigences de la norme, mais aussi aux exigences réglementaires et normatives relatives aux métiers de l'organisme, ainsi qu'aux exigences particulières des clients. La vérification est essentiellement documentaire ;
2. L'organisme a effectivement mis en œuvre le système de management de la qualité tel que décrit dans la documentation appropriée. Il y a lieu de procéder à une vérification d'application ;
3. L'organisme a défini un système cohérent d'objectifs qualité (produits, services, processus, etc.) permettant de minimiser les risques de non-conformités et d'améliorer en permanence le système de management de la qualité (PDCA). Il s'est donné les moyens (humains, matériels, méthodologiques) d'atteindre ces objectifs. C'est l'efficacité du système qui est alors vérifiée.

L'audité doit aussi savoir comment réagir à certaines des règles de l'audit. Règles qu'il ne pratique en général que de façon exceptionnelle.

De la même façon que l'on apprend à se présenter à un entretien d'embauche, il y a lieu de savoir se comporter devant un auditeur et surtout savoir quelles conséquences peut avoir un comportement inadapté. L'auditeur, quant à lui, est entraîné à adapter son attitude en fonction de celle de son interlocuteur. Il est important qu'un audité soit conscient que l'auditeur sait par expérience réagir à bon nombre de situations et attitudes inappropriées de ses interlocuteurs. Il peut même en tirer parti.

L'audit, c'est être en relation avec l'autre. Il faut donc que les deux protagonistes, l'auditeur et l'audité, adoptent des comportements qui rendent cette relation possible. Si l'organisme, comme cela devrait toujours être le cas, souhaite que l'audit soit efficace du point de vue de l'amélioration de son système de management de la qualité, alors il fera en sorte que cette relation soit basée sur la confiance. Il faut cependant être réaliste et admettre que l'un des deux interlocuteurs puisse ne pas jouer le jeu. Il appartient dans ce cas à l'autre interlocuteur de faire en sorte que l'échange soit néanmoins positif.

10.2.1 Les attitudes du « bon » auditeur

Ces attitudes sont dictées par des comportements de l'audité parfois à la limite de l'acceptable. Trop souvent encore, l'audité se comporte comme s'il était face à un intrus qui se mêlerait de choses qui ne le regardent pas. L'auditeur n'est pas un agresseur, au moins dans le principe, car il y aura toujours quelques exceptions.

Être auditeur, ce n'est bien sûr pas toujours simple, il ne faut jamais baisser les bras. Ne pas juger. Savoir s'adapter. Ne pas oublier qu'une mauvaise communication entraîne une mauvaise connaissance des faits… donc une mauvaise analyse et des conclusions erronées. Rester objectif pour qu'en toutes circonstances l'auditeur soit considéré comme un véritable partenaire, et non comme un juge investi de pouvoirs spéciaux (*cf.* tableau 10.1).

Tableau 10.1 S'adapter, rester ferme et tenace

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
L'audité laisse entendre que pour lui le management de la qualité n'est pas quelque chose d'important. Les contretemps : – l'interlocuteur prévu est surchargé de travail, il dispose de peu de temps ; – les dossiers demandés ne sont pas prêts ; – l'interlocuteur est coléreux ; – l'auditeur est renvoyé à une autre personne ; – l'information est dissimulée ou difficile à obtenir.	Il reste ferme et opiniâtre sur les informations à obtenir. Il fait en sorte de poser les bonnes questions pour avoir les bonnes réponses dans le temps imparti. Il utilise les questions ouvertes et fermées pour recouper les informations. Il évite les questions trop orientées pour ne pas limiter la réponse.

L'auditeur dispose d'un certain nombre de techniques qui l'aideront à retourner la situation en sa faveur. Il n'est cependant pas à l'abri d'un blocage si l'audité refuse d'écouter et si l'auditeur, tel un robot, déroule ses questions et sa méthode. Le propre de l'auditeur est de savoir s'adapter à des situations parfois inattendues. Encore faut-il, pour que cette adaptation porte ses fruits, que l'audité accepte un tant soit peu de jouer le jeu (*cf.* tableau 10.2).

Tableau 10.2 Garder sa neutralité

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
Types de conflits internes : – entre plusieurs fonctions en parallèle ; – entre deux niveaux hiérarchiques ; – entre différents métiers ; – entre l'audité et un acteur extérieur ; – entre clients et fournisseurs internes.	Il est à l'écoute des deux protagonistes, sans prendre parti, en limitant la durée d'écoute. Il respecte la hiérarchie.

Il ne faut pas s'imaginer que l'on peut facilement détourner un auditeur de son questionnaire, de son fil d'Ariane, et de son planning (*cf.* tableau 10.3).

Tableau 10.3 Rester concentré sur son objectif

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
Propositions d'activités hors sujet, consommatrices de temps : visite d'usine, de laboratoires non prévues et/ou trop longues. Description détaillée de l'organisation et du fonctionnement de l'entreprise et de son contexte économique.	Il gère son temps et le fait savoir. Il rappelle à son interlocuteur l'importance de son rôle dans la réussite de l'audit et de la tenue du planning.

L'auditeur peut être l'objet d'un accueil démesuré de la part de son interlocuteur et d'une attention personnelle allant bien au-delà de la relation normale qui doit être celle de deux partenaires. Dans de telles situations, l'auditeur ramène gentiment son hôte à la réalité en lui rappelant leur intérêt commun. Il garde son *self-control* et maintient une relation impartiale de partenariat (*cf*. tableau 10.4).

Tableau 10.4 Garder son self-control, rester impartial

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
Dérives de comportement : – sur la personne ; – sur le langage ; – sur la nature des relations. On ne suit plus les règles du jeu du partenariat.	– Il rappelle l'intérêt commun. – Il rappelle les règles du jeu du partenariat et tout l'avantage que chacun en tire. – Il se fait reconnaître dans son rôle d'auditeur. – Il reste ferme quant à l'objectif de l'entretien.

À l'inverse, l'auditeur est parfois accueilli froidement par son interlocuteur qui affiche une grande assurance et feint de ne pas comprendre l'objet de sa visite, puisque tout ce qu'il fait est parfait. L'auditeur, tout en rappelant le contexte de son intervention, invite l'audité à lui faire constater la perfection de son organisation et de son travail. L'auditeur ne se laissera pas déstabiliser par ce rejet et cette indifférence (*cf*. tableau 10.5).

Tableau 10.5 Rester sûr de son rôle

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
Forte personnalité : – le sûr de lui ; – le « je fais tout bien et je n'ai pas besoin de vos contrôles » ; – le « je n'ai pas pris rendez-vous avec vous ». L'ignorance de la présence et de la mission de l'auditeur.	Il rappelle les termes du contrat. Il reconnaît les attitudes provocantes et les contre en rappelant la règle.

Volontaires ou inconscients, les débordements d'informations peuvent perturber le bon déroulement de l'audit. Dans de telles situations, l'auditeur écoute pour discerner et détecter les incohérences. Les bavardages, même s'ils manquent de précision et de cohérence, permettent à l'auditeur attentif d'en dégager une bonne connaissance de l'organisme (*cf.* tableau 10.6).

Tableau 10.6 Savoir écouter pour discerner et détecter la bonne information

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
Débordement de paroles. Inflation d'informations : – plus ou moins utiles ; – plus ou moins vraies. Imprécision des informations.	– Il prend des notes ostensiblement. – Il observe et corrèle rapidement les faits. – Il utilise les techniques d'entretien : par exemple reformuler ou repréciser l'information pour la vérifier. – Il ramène l'interlocuteur au sujet.

Autre caractère diamétralement opposé, l'audité timide, facilement impressionné et peu sûr de lui qui hésite à donner des informations de peur de se tromper. L'auditeur va chercher à créer des relations et un climat de confiance. Il prend son temps pour faire en sorte que le timide se détende et participe pleinement à l'audit (*cf.* tableau 10.7).

Tableau 10.7 Créer des relations de confiance

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
La crainte de l'audit. Le timide. Le craintif. Le persécuté. Celui qui n'est pas sûr de lui.	– Il donne des explications sur le but de l'audit et sur son déroulement. – Il met en confiance : « Ce que vous faites est bien ». – Il prend le temps d'établir une bonne relation. – Il demande de l'aide pour démontrer que tout va bien. – Il valorise le travail effectué. – Il met en avant la relation de partenariat et d'égalité dans cette relation.

10.2.2 Les attitudes du « bon » audité

Il est très difficile, voire impossible de faire comprendre à un futur audité qu'il ne va pas passer un examen – c'est son activité qui est en réalité auditée – mais qu'il va tout simplement avoir un échange avec une personne externe à l'organisme ou qui, dans le cas de l'audit interne, ne dépend pas de la même direction que lui. C'est d'autant plus difficile que cela n'est pas tout à fait vrai, même si l'accent doit être mis sur les bénéfices que l'audité et l'organisme tireront de l'audit.

Le « bon » audité doit avoir un comportement qui facilite ses rapports avec l'auditeur, en veillant à ne pas l'enfermer dans un rôle de contrôleur.

Une des premières attitudes à proscrire pour l'audité est celle qui consiste à faire sentir à l'auditeur qu'il n'est pas attendu ou qu'il dérange (*cf.* tableau 10.8).

Tableau 10.8 Soigner l'accueil

Attitude du bon audité	Conséquences pour l'audit
Il a prévu les conditions matérielles acceptables pour son entretien d'audit : – un siège raisonnablement confortable ; – un coin de table sur lequel l'auditeur pourra prendre des notes ; – un téléphone branché sur messagerie pour qu'il ne soit pas dérangé, etc.	De bonnes conditions matérielles facilitent les relations entre les différents interlocuteurs.
Il se présente : – il situe sa fonction au sein de l'organisme. Il utilise éventuellement pour le faire un organigramme fonctionnel à jour ou l'organigramme que possède l'auditeur ; – il précise en quoi consiste son métier. **Dans tous les cas, il fait court. Si l'auditeur le souhaite, il posera des questions complémentaires.**	Pour l'auditeur, la compréhension du fonctionnement de l'organisme est facilitée. Un gain de temps dans le déroulement de l'audit. L'audit se déroule dans un climat de confiance.

Il arrive quelquefois que le couple audité/auditeur n'arrive pas à se rencontrer, chacun jouant sa propre partition. Il faut alors s'attendre à un rapport d'audit qui n'a rien à voir avec la réalité et, en conséquence, des réactions assez désagréables de l'organisme audité. Contrairement à ce que l'on pense en général, la faute en incombe pour l'essentiel à l'audité qui n'écoute pas les questions de l'auditeur et qui répond aux questions qu'il aurait aimé qu'on lui pose plutôt qu'à celles qui lui sont réellement posées (*cf.* tableau 10.9).

Tableau 10.9 Être à l'écoute

Attitude du bon audité	Conséquences pour l'audit
– Il répond aux questions qui lui sont posées. – Il reformule la question s'il n'est pas sûr de l'avoir bien comprise. – Sa réponse doit être précise et ne pas faire l'objet d'un long discours. – Les digressions ne sont pas en général facteur de clarification. – Il évite d'interrompre fréquemment son interlocuteur.	Le temps imparti est utilisé au mieux. La compréhension du système par l'auditeur est facilitée par la clarté des réponses

Un auditeur ne peut pas être un spécialiste de tous les métiers qu'il a à auditer au sein d'un organisme. Il a donc parfois quelques difficultés à comprendre, par exemple, l'enchaînement de certaines tâches d'un processus. Le rôle de l'audité pour faciliter cette compréhension est essentiel (*cf.* tableau 10.10).

Tableau 10.10 Expliquer pour faire comprendre

Attitude du bon audité	Conséquences pour l'audit
– Il utilise un vocabulaire compréhensible par son interlocuteur. Certains termes peuvent nécessiter une explication. – Il évite les sigles propres à l'organisme (« TPPE a informé IGM que le circuit VVP n'a pas fait l'objet du contrôle CR-25-RB »). – Il explique le pourquoi et le comment chaque fois que l'auditeur le demande, et mieux encore chaque fois que l'auditeur montre une hésitation.	Les erreurs d'interprétation sont évitées. L'efficacité de l'audit est accrue car l'auditeur maîtrise mieux son sujet.

Certains audités peuvent être tentés, pour se mettre en avant ou pour valoriser leur travail, d'embellir la réalité ou, pire encore, de cacher des faits. Il faut savoir que peu d'auditeurs se laissent prendre au piège ; par contre, cela peut les inciter à être plus incisifs et par conséquent à ne pas jouer le jeu du partenariat (*cf.* tableau 10.11).

Par ailleurs, l'audit ne doit pas être l'occasion de régler des conflits internes. Vouloir prendre l'auditeur à témoin ne peut qu'envenimer les choses et, dans le meilleur des cas, être ignoré par l'équipe d'audit.

Tableau 10.11 Faire savoir et non faire croire

Attitude du bon audité	Conséquences pour l'audit
– Il ne cite que des faits vérifiables. – Il remet l'auditeur sur la bonne voie s'il se rend compte que celui-ci fait fausse route. Il ne le laisse pas s'enferrer dans ses erreurs. – Il ne se met jamais à la place de ses collègues pour répondre à des questions qui les concernent. – Il évite de donner un avis qui ne repose pas sur des faits.	L'audit se déroule dans un climat de confiance. L'audit est un moyen de progresser grâce à la vision externe de l'auditeur. Ce n'est pas un outil pour sanctionner.

Même s'il appartient à l'auditeur de mettre fin à l'entretien, quelques mots de conclusion de la part de l'audité sont toujours les bienvenus (*cf.* tableau 10.12).

Tableau 10.12 Conclure

Attitude du bon audité	Conséquences pour l'audit
– J'espère avoir répondu complètement à toutes vos questions. – Je reste à votre disposition pour vous apporter d'autres éclaircissements si vous le souhaitez. – Voulez-vous que je vous conduise vers votre rendez-vous suivant ?	Un audit qui se déroule dans une bonne ambiance est de loin plus efficace qu'un audit qui n'est qu'une succession de chausse-trappes et de relations tendues.

10.2.3 Les questions pièges

Ce sont celles pour lesquelles la réponse est tellement évidente que l'audité tarde à répondre ou même n'ose pas répondre de peur de dire une bêtise. L'auditeur peut inconsciemment en tirer des conclusions erronées. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, une question simple n'est en général pas une question piège.

Les questions pièges sont également celles pour lesquelles l'audité a cru bon d'apprendre les réponses par cœur et ne s'en souvient plus le moment venu. Dans cette catégorie, il y a une question qui revient systématiquement : « Pouvez-vous m'indiquer quelle est la politique qualité de votre entreprise ? ». Plus des deux tiers des personnes à qui cette question est posée se croient obligés de donner une réponse de mémoire, ce qui entraîne le plus souvent un

début de panique et des phrases incohérentes, alors que l'audité connaît parfaitement la réponse.

S'il y a une règle que l'audité doit retenir, c'est qu'on ne lui demandera jamais de réciter une leçon apprise par cœur. Ce que l'auditeur attend de l'audité, c'est qu'il sache où trouver la réponse et qu'il puisse la trouver rapidement ; en l'occurrence : présenter le document dans lequel est décrite la politique qualité de l'organisme.

10.2.4 Comment se comporter devant un questionnement ?

Il n'y a aucune honte à ne pas avoir compris une question. L'auditeur préfère que l'audité lui indique qu'il n'a pas saisi ce qui lui est demandé, ou qu'il reformule la question, plutôt que d'obtenir une réponse qui ne correspond pas à sa question ou, pire, une réponse qui ne correspond pas à la réalité. La reformulation est aussi un excellent moyen pour l'audité de se donner le temps de la réflexion avant de répondre. Il ne faut pas hésiter à utiliser cette technique, sans pour autant en abuser.

Parmi les comportements à proscrire, il y a bien évidemment celui qui consiste à répondre à la place d'un autre. L'audité croit savoir, mais dans la réalité, n'étant pas le mieux placé pour répondre, il y a de fortes chances pour que sa réponse soit erronée ou le plus souvent incomplète. C'est une situation que l'auditeur a, dans la plupart des cas, du mal à déceler, d'où un risque de conséquence négative sur le résultat de l'audit.

10.2.5 Que peut-on montrer à l'auditeur et comment ?

Au cours d'un audit, il arrive que l'on rencontre deux attitudes totalement contradictoires et toutes deux à proscrire. La première attitude consiste, lorsque l'auditeur demande un document, à lui fournir l'ensemble du dossier contenant le document. Cela conduit l'auditeur, s'il se laisse aller à la tentation, à passer plus de temps qu'il ne le faudrait sur un seul sujet. De plus, s'il commence à feuilleter le dossier, il y a fort à parier qu'il finira par y trouver une faille. On peut faire confiance aux « auditeurs papier » pour se délecter de l'aubaine.

La seconde attitude consiste, à l'inverse, à fournir au compte-goutte les informations demandées par l'auditeur. C'est le genre de situation qui agace profondément les auditeurs. Lorsque cette attitude est systématique, l'auditeur va chercher à prendre son interlocuteur en défaut, position typique de l'auditeur sûr de son bon droit.

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'audité doit toujours fournir à l'auditeur les informations qui lui sont demandées avec les éléments qui en faciliteront la compréhension, ni plus ni moins. En agissant de la sorte, il contribue au bon déroulement de l'audit.

En supposant que l'on ait affaire à de très bons auditeurs, on a bien compris qu'ils feront tout ce qui est en leur pouvoir pour que l'audit se déroule correctement. Quant aux audités qui se figurent qu'ils se débrouilleront pour abuser l'auditeur, ou pour le moins le conduire sur des chemins détournés, ils doivent savoir que, *in fine*, c'est toujours l'auditeur qui a le dernier mot. Au cas où l'auditeur n'aurait pas une grande expérience, il pourrait arriver qu'il se laisse prendre et qu'il ne sache pas réagir à l'une des situations qui viennent d'être citées. C'est alors l'organisme qui en pâtirait car, un jour ou l'autre, les faits se chargeraient de démentir la validité du certificat. L'organisme perdrait toute crédibilité pour une longue période.

10.3 Évaluer le résultat de la mise en œuvre

À ce niveau, il est important de vérifier que la culture qualité s'est implantée de façon durable dans l'entreprise. La façon la plus complète de réaliser cette évaluation est de simuler un audit de certification. Cette simulation doit être réaliste et ne doit surtout pas être considérée comme le petit exercice par lequel il faut passer et dont on veut se débarrasser au plus vite.

L'objectif de cette simulation est double :

- faire en sorte que le personnel se rende compte qu'il n'y a pas vraiment de raisons de s'inquiéter et surtout de paniquer ou d'être stressé ;
- apporter les derniers ajustements au système de management de la qualité et à sa mise en œuvre.

Le premier élément de cette simulation consiste à fournir aux futurs audités le dictionnaire qui leur permettra de traduire les questions de l'auditeur en un langage qui leur est familier. En effet, l'auditeur aura tendance à utiliser le vocabulaire des normes et des spécialistes. Ce vocabulaire est souvent très différent de celui qui résulte, dans l'organisme, d'une certaine culture, d'un métier et de bien d'autres paramètres qui sont parfois totalement étrangers à l'expérience de l'auditeur. La simulation consistera également à passer en revue tous les comportements et, le cas échéant, à les faire évoluer.

Comme pour n'importe quel audit qualité, le résultat de cette simulation fait l'objet d'un rapport qui liste l'ensemble des ajustements à réaliser, aussi bien en matière de documentation descriptive du système de management de la qualité qu'en ce qui concerne l'application de ce système.

Une demande de certification ne doit jamais être faite à la légère. Il est toujours désagréable de se faire recaler pour ne pas avoir pris toutes les précautions nécessaires avant de se lancer. C'est pourquoi il est indispensable de s'assurer que le système mis en œuvre est effectivement appliqué et correspond aux besoins de l'organisme. Ceci étant fait, il va falloir choisir son fournisseur parmi tous les organismes de certification.

Le labyrinthe

« Vous venez de démontrer que vous êtes en mesure de réaliser ce que vous avez estimé pouvoir faire, ceci dans les conditions que vous aviez prévues. Il s'agit maintenant de s'assurer que, pour arriver à ce résultat, vous n'avez pas transgressé les règles que nous vous avions imposées et que les moyens que vous avez utilisés pour arriver jusqu'à ce poste de contrôle sont efficaces. L'épreuve que vous allez maintenant affronter consiste à choisir les examinateurs qui vont vérifier, au cours de votre tentative pour atteindre la prochaine étape, que nous pouvons vous faire confiance pour appliquer dans les meilleures conditions possibles nos règles pour la suite de votre parcours.

Si tout se passe bien, les examinateurs vous délivreront, à la fin de l'étape, un certificat dont vous pourrez vous prévaloir.

Comme vous l'aurez compris, votre résultat dépend en partie de votre choix concernant les examinateurs. La difficulté consiste à déterminer parmi tous les examinateurs possibles ceux qui présentent les meilleures garanties de crédibilité et de professionnalisme. N'oubliez pas aussi que vous aurez à payer les examinateurs et que l'un des critères de notre jugement sur votre capacité à poursuivre votre chemin portera sur le niveau du rapport coût/efficacité du groupe d'examinateurs que vous aurez choisi.

Pour cette épreuve, tout échec sera sanctionné par une amende. De plus, vous ne serez autorisés à vous représenter à l'épreuve qu'après un délai qui dépendra de la raison de votre échec.

Vous comprendrez que cette épreuve nécessite de votre part une préparation particulière et très soigneuse. Toute précipitation pourra vous coûter cher. »

11

Choisir l'organisme certificateur

Pour les entreprises qui souhaitent se faire certifier, le choix d'un organisme certificateur n'est pas toujours simple. En principe, tous les certificats se valent. Mais dans la réalité, on associe à un certificat la réputation de l'organisme certificateur qui l'a délivré. Il arrive aussi que l'on ait quelques mauvaises surprises.

« L'ISO demande aux principaux acteurs de la communauté de l'évaluation de la conformité de policer cette communauté, faute de quoi ils risquent d'être considérés comme des charlatans. »[73]

Il ne faut surtout pas oublier que l'organisme certificateur est un fournisseur au même titre que n'importe quel autre fournisseur. Il y a donc lieu, pour faire le choix d'un organisme certificateur sur des bases objectives, de procéder à un appel d'offres ou, pour le moins, de consulter différents organismes sur la base d'une spécification de besoin aussi précise que possible.

Il s'agit de ne pas se tromper dans ce choix, car cela pourrait avoir des effets négatifs sur le résultat de l'opération de certification. Il ne faut pas, par exemple, qu'au cours de l'audit les personnes interrogées aient le sentiment d'avoir

---

[73] Lawrence D. Eicher (Secrétariat général de l'ISO), *Qualité références*, janvier 2002, p. 4.

affaire à des amateurs, ou encore de constater que l'auditeur est passé à côté de tous les sujets importants.

Le choix doit porter sur le sérieux et la reconnaissance de l'organisme certificateur, mais aussi sur la compétence des auditeurs.

Il faut bien reconnaître, même si les organismes certificateurs le nient, qu'il y a eu un certain nombre de certificats de complaisance de délivrés. Compte tenu des conséquences que cela a entraîné pour l'organisme certificateur comme pour l'organisme demandeur, on peut considérer que cette pratique a, sauf exception, disparu.

> « Le secrétariat de l'ISO a reçu quelque 200 plaintes en 2001 de la part de membres du public ou d'entreprises qui ont acheté un produit défectueux ou qui ont reçu un service de mauvaise qualité d'une société certifiée ISO 9000. »[74]

11.1 Définir sur quoi porte la certification

Il est très important que le cadre de la certification soit parfaitement clair pour les différents acteurs de l'organisme. C'est une condition essentielle pour pouvoir assurer dans de bonnes conditions la cohérence de toutes les actions de mise à niveau du système de management de la qualité. C'est aussi une garantie pour que tous les acteurs de l'organisme œuvrent dans le même sens, en évitant les incompréhensions et les tiraillements internes.

De plus, l'organisme certificateur ne pourra intervenir que si on lui a défini avec précision à la fois le domaine couvert par la certification et son périmètre d'application. La qualité de la préparation de son intervention dépend de la [2]qualité, de la fiabilité et de l'exhaustivité des informations qui lui sont fournies.

11.1.1 Domaine couvert par la certification

L'organisme certificateur porte une très grande attention au domaine susceptible d'être couvert par la certification : c'est en effet la définition de ce domaine qui apparaîtra sur le certificat.

Par « domaine », on entend l'offre en produits et services mais aussi toutes les prestations associées telles que formation, service après-vente, garantie… et bien sûr les conditions de libération et de fourniture (livraison, stockage, etc.).

---

[74] Lawrence D. Eicher (Secrétariatgénéral de l'ISO), *Qualité références*, janvier 2002, p. 4.

On imagine mal un organisme qui ne soit pas en mesure de fournir une liste complète de ses produits et services. Encore que, il arrive qu'un organisme de très grande taille ne dispose pas d'une liste complète de tous les produits et services fournis par les différentes entités qui le composent (filiales, divisions, établissements, etc.).

Le problème, s'il existe, ne se situe pas vraiment à ce niveau. Les difficultés proviennent de ce qu'un organisme est en droit d'exclure du domaine de la certification un ou plusieurs de ses produits ou services. Ainsi, une compagnie maritime qui transporte des conteneurs, des remorques et des produits en vrac, mais qui propose également des croisières pourra exclure de son domaine de certification cette dernière prestation. Cela ne pose aucun problème si le produit « croisière » est traité par l'organisme d'une manière totalement indépendante des autres produits. Or, ce cas de figure est relativement rare car, en général, une grande partie des processus de l'organisme est multiproduits et non pas monoproduit.

L'organisme certificateur devra tenir compte des situations de ce type en ne faisant porter l'audit que sur des exemples qui entrent bien dans le domaine prédéfini.

11.1.2 Périmètre d'application

Le domaine ayant été défini, il faut encore préciser, le cas échéant, deux autres éléments :

- les zones géographiques et/ou les implantations concernées par la certification. Si l'on reprend l'exemple de la compagnie maritime, ses agences commerciales à l'étranger peuvent être exclues du périmètre de la certification ;
- les processus ou parties de processus sous-traités, sachant que le périmètre de l'audit doit comprendre l'ensemble des processus impliqués dans la réalisation du produit ou de la prestation.

> « Lorsque des exclusions sont faites, les demandes de conformité à la présente norme internationale ne sont acceptables que si […] elles n'ont pas d'incidence sur l'aptitude ou la responsabilité des organismes à fournir un produit conforme aux exigences des clients et aux exigences légales et réglementaires applicables. »[75]

[75] NF EN ISO 9001 (2008), *Systèmes de management de la qualité Exigences*, §1.2.

La norme est très claire sur ce point. L'organisme garde la responsabilité des processus sous-traités totalement ou partiellement. Or, les entreprises sont de moins en moins intégrées, et l'on s'intéresse de plus en plus à ce que l'on appelle « l'entreprise étendue ». Les grandes entreprises font de plus en plus appel à la sous-traitance. La réalisation d'un produit faisant souvent intervenir un nombre croissant d'entreprises, le nombre d'interfaces a été augmenté et on ne peut limiter le domaine aussi facilement que par le passé.

La définition du périmètre doit aussi permettre de lever une ambiguïté quant au lien qui peut exister entre une maison mère et ses filiales, ou entre une direction centrale et différents établissements d'un même organisme. Le plus souvent, dans les grands groupes, chacune des filiales a défini, pour ce qui la concerne, son propre système de management de la qualité et éventuellement obtenu une certification. Dans le cadre de l'approche processus préconisée par la norme ISO 9001 (2008), un processus n'est jamais isolé. Il interagit toujours avec son environnement. Ceci peut présenter quelques difficultés lorsqu'il faut définir le périmètre d'application. En effet, la question qui se pose est la suivante : Est-ce que les processus de la maison mère doivent être pris en compte dans le management d'un organisme filiale ou d'une entité autonome ? Il va de soi que la réponse est oui, mais encore faut-il faire clairement apparaître en quoi et comment ces processus doivent être pris en compte. En réalité, nous nous trouvons dans le même contexte que lorsqu'un fournisseur n'intervient que sur une partie d'un processus. Il doit s'assurer que les informations qui lui sont fournies sont complètes et cohérentes avant de s'en servir ; ou vérifier l'intégrité des produits qui lui sont transférés.

Notons toutefois qu'un organisme ne doit pas être totalement passif vis-à-vis de son environnement. S'il est vrai qu'il subit pour une bonne part ce que cet environnement lui impose, il dispose de quelques degrés de liberté. L'organisme peut même créer le besoin au travers d'une proposition de produit ou de service novatrice. Il est parfois en mesure de faire évoluer les habitudes. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir les changements profonds introduits par les nouvelles techniques de l'information et de la communication.

S'agissant des relations d'une entité avec l'organisme central dont elle dépend, il est aussi souhaitable que cette entité puisse exercer une influence, aussi minime soit-elle, sur le fonctionnement de l'organisme central. C'est une des raisons pour lesquelles l'amélioration continue des processus ne doit pas être considérée comme une contrainte, mais plutôt comme une nécessité pour l'organisme s'il veut rester dans la course.

11.2 L'appel d'offres

Il est toujours possible de passer une commande de gré à gré, mais c'est bien sûr la procédure d'appel d'offres qui donnera le plus de garanties à l'organisme demandeur quant au bon déroulement du processus de certification. Il faut cependant bien reconnaître que lorsque l'on ne connaît pas très bien le sujet, il n'est pas toujours facile de se lancer dans un appel d'offres.

Les comparaisons entre plusieurs propositions, en termes de coûts et de résultats, sont en général difficiles à réaliser et, par conséquent, sont rarement significatives. Ceci est dû à la difficulté pour le demandeur de déchiffrer les offres qui lui sont faites.

Ces difficultés pourront en grande partie être surmontées si l'organisme demandeur prend la peine de préparer son appel d'offres et rédige une spécification qui fixe les critères sur la base desquels l'organisme certificateur sera retenu.

11.2.1 Définition du besoin

Une spécification de besoin doit fournir tous les éléments nécessaires à l'organisme certificateur pour pouvoir établir une offre circonstanciée. Elle doit aussi mettre en exergue les critères sur lesquels sera effectuée la sélection entre les organismes qui auront répondu à la consultation.

Le plan d'une telle spécification de besoin pourrait alors être le suivant :

- La présentation de l'organisme demandeur :
  - implantation (différents établissements), effectif, chiffre d'affaires, etc. ;
  - description des produits et des services fournis ;
  - organigramme fonctionnel ;
  - les objectifs de l'organisme : pourquoi une certification ?
- Le périmètre couvert par la certification.
- La période souhaitée pour l'audit de certification.
- Les exigences particulières concernant :
  - les horaires de travail et d'ouverture des locaux ;
  - les qualifications souhaitées pour les auditeurs en particulier en matière de spécialités et de connaissances des métiers de l'organisme demandeur ;

- les règles de confidentialité et éventuellement les droits et les conditions d'accès dans certains locaux.

Les critères qui permettront de départager les différents soumissionnaires :

- le contenu du plan d'audit proposé ;
- le prix et le temps nécessaires à la réalisation de l'audit ;
- les délais pour la réalisation de l'audit puis pour la remise du rapport et, le cas échéant, la délivrance du certificat ;
- les documents associés à l'audit avec en particulier la description de la structure du rapport ;
- les *curriculum vitæ* des auditeurs proposés pour constituer l'équipe d'audit ;
- etc.

Trop souvent encore le seul critère de choix est le prix. Les organismes qui se basent sur ce seul critère risquent d'avoir *in fine* une certification au rabais. Ils ne doivent pas se faire d'illusions, cela finit toujours par se savoir. Ce n'est pas pour autant que le plus cher est le meilleur.

11.2.2 La sélection

Il s'agit d'appliquer aux organismes certificateurs les mêmes règles d'agrément et d'évaluation que pour les fournisseurs importants de l'organisme. Il ne faut surtout pas oublier que l'organisme est en droit et a le devoir d'exprimer ses exigences et de ne pas se laisser imposer n'importe quelle règle par l'organisme certificateur.

La sélection est effectuée en fonction des réponses à la spécification de besoin, des critères de choix énoncés dans la spécification, mais aussi sur la base d'éléments qualitatifs complémentaires, comme par exemple :

- **L'expérience et l'implantation nationale ou internationale de l'organisme certificateur**, en d'autres termes son niveau de reconnaissance. Ce critère sera particulièrement important pour les organismes exportateurs ou qui souhaitent le devenir. L'organisme certificateur doit être qualifié pour votre secteur d'activité.
- **La réputation de l'organisme**, qui peut être déterminante. Certains organismes certificateurs peuvent, par exemple, bénéficier de la réputation de leur maison mère si celle-ci est reconnue comme étant un acteur important

d'un secteur industriel ou d'une profession donnée. On peut considérer que c'est le cas aujourd'hui dans le domaine maritime ou pour le secteur automobile.

– **Le contenu de la proposition en termes de programme et de méthodologie d'audit**. Une offre dans laquelle l'organisme certificateur ne parle que de vérification de la conformité du système de management de la qualité aux exigences de la norme est *a priori* à rejeter. Depuis la version 2000 de la norme ISO 9001, s'il y a lieu de vérifier la conformité du système par rapport aux exigences de la norme, il importe encore plus de s'assurer de la cohérence du système et de son efficacité, voire de son efficience. C'est surtout sur ce dernier point que devra porter l'audit de certification si l'on veut qu'il serve à développer et à entretenir une dynamique d'amélioration continue. Il est faux de dire que la série des normes ISO 9000 (2008) ne modifie pas fondamentalement la mission de la certification. C'est pourtant ce que font certains organismes certificateurs qui n'ont pas encore pris toute la mesure des conséquences de cette version de la norme sur leur mode de fonctionnement.

De quels atouts concurrentiels dispose-t-il ?

> « Dans le passé, les problèmes de transition des normes n'étaient pas aussi complexes, car les modifications introduites étaient minimales. Les changements intervenus dans les normes devraient peser assez lourdement sur les organismes de certification. Ils devront faire un effort de planification pour traiter des changements non seulement pour leurs organismes clients, mais aussi dans leur propre organisation […] »[76]

– **Les auditeurs proposés**. Le choix ne doit pas porter uniquement sur l'organisme certificateur mais aussi sur la compétence, la qualification et l'expérience des auditeurs : nous ne sommes plus à l'époque où les auditeurs, dans leur grande majorité, se contentaient de procéder point par point à la vérification de la conformité du système d'assurance de la qualité par rapport à la norme. Il s'agit aujourd'hui de se faire une opinion sur les performances du système de management de la qualité. Cela demande à l'évidence des compétences d'une toute autre nature.

---

[76] Élisabeth Ballery, « Normes ISO 9000 (2000) séduiront-elles les décideurs ? », in *Qualité en mouvement* n° 47, novembre/décembre 2000, page 22.

> « […] dans la formation des auditeurs il conviendra de prêter attention à l'actualité de la certification et des protocoles concernant les auditeurs pour mettre à niveau ces auditeurs de façon qu'ils soient prêts. »[77]

Les modalités de réalisation des audits ont profondément évolué. Les auditeurs doivent prendre en compte les dimensions managériales, stratégiques, organisationnelles et surtout la notion d'efficacité pour laquelle il y a lieu de définir des modalités de mesure. Il ne s'agit pas de se contenter d'un simple contrôle de conformité, comme le pratiquent encore trop d'auditeurs.

Pour Franck Steer, de l'IQA :

> « Nous savons tous que les auditeurs auront du mal à maîtriser le nouveau modèle. »[78]

– **Le prix proposé pour l'audit** rapporté au temps prévu et au contenu du programme annoncé. L'expérience montre que les écarts peuvent être importants entre les différents organismes certificateurs. Encore faut-il s'assurer que l'on compare des choses comparables. Il arrive que l'organisme certificateur soit choisi, non pas en fonction de sa compétence, mais parce qu'il est moins cher ou qu'il a la réputation d'être parmi les moins sévères. C'est faire un calcul à courte vue que de choisir l'organisme sur de tels critères.

  Le devis doit comprendre les deux audits de suivi, car cest en général le même organisme certificateur qui réalise les trois audits.

> « Le choix d'un organisme de certification ne passe plus uniquement par le coût de la prestation, mais par la véritable valeur ajoutée de ses audits. »[79]

– **La documentation** qui sera fournie par l'organisme certificateur. Il n'y a pas encore très longtemps, un des principaux organismes certificateurs en France ne jugeait pas utile d'établir et de remettre un rapport à l'organisme audité. Dans de telles conditions, nous sommes tout à fait en droit de mettre en doute la validité des certifications délivrées. Non seulement le rapport d'audit doit être exigé, mais il faut aussi s'assurer qu'il contiendra bien toutes les informations qui permettront à l'organisme audité de

---

77 *Ibid.*
78 Jim Wade, « ISO 9000 – Doit-on vraiment parler de norme ? », in *ISO Management systems*, mai/juin 2002, p. 19.
79 José Goffinet (AIB Vinçotte), propos recueillis par Martin de Halleux, *Qualité références*, avril 2001, p. 7.

progresser (rédaction précise de la description des non-conformités décelées). Autre argument en faveur de l'obtention d'un rapport complet et bien rédigé : il pourra être utilisé pour limiter les audits de seconde partie. N'oublions pas que c'est un des arguments en faveur de la certification.

- **Le processus de certification proposé**. Il est tout à fait légitime que l'entreprise qui souhaite obtenir une certification ait, au travers de l'audit, une exigence de valeur ajoutée au-delà de l'obtention du certificat. Il ne faut cependant pas que cette exigence se transforme en une demande de conseil, car alors l'auditeur pourrait se retrouver dans une situation de juge et parti. Il n'est pas rare que des auditeurs se laissent aller à fournir des pistes de progrès, des méthodes ou des outils sans avoir les moyens de s'assurer que ces pistes sont compatibles avec la culture, le fonctionnement ou tout simplement le métier de l'organisme.
- **Le processus de certification doit obligatoirement comprendre un audit *in situ***. Il arrive cependant que des organismes certificateurs considèrent que la certification peut résulter dun simple examen documentaire.

Dans tous les cas, évitez de retenir une société qui propose de vous aider à définir et à mettre en place votre système de management de la qualité pour ensuite le certifier. Ce genre de proposition fait peu de cas de la déontologie.

11.3 Le contrat

Il correspond à un engagement contractuel des deux parties impliquées :

- l'organisme certificateur qui prend en compte l'expression des besoins du demandeur et qui s'engage à réaliser une prestation dans des conditions données (coût et délai en particulier), en appliquant les règles de l'art en la matière et les modalités précisées et négociées de l'offre ;
- l'organisme demandeur qui s'engage à maintenir son système de management de la qualité, à le faire appliquer et à l'améliorer en permanence. Il s'engage aussi à n'utiliser le certificat qui lui sera délivré que dans les conditions fixées par l'organisme certificateur.



Le défi

Point de départ + 14 mois

Thierry – Je vous rappelle que notre compétition de golf aura lieu demain. Après notre réunion, je propose que nous nous entraînions séparément. Inutile d'accroître notre trac par un entraînement collectif.

Qui ne dit mot consent. La parole est à Maguy.

Maguy – Nous voici arrivés à un moment crucial. Maintenant que nous avons appris à nager, il va falloir nous jeter à l'eau. Je crois que nous en sommes tous au même point. Nos systèmes de management de la qualité ont été mis en œuvre depuis plus de deux mois. Il est temps de prendre contact avec un organisme certificateur pour lancer la préparation de l'audit de certification. Si nous le faisons en ordre dispersé, je crains que, vous connaissant, nous ne soyons plus en mesure de nous départager lorsque nous connaîtrons nos résultats respectifs. Il y en aura toujours un qui trouvera le moyen d'insinuer que tel organisme n'est pas sérieux ou que certains auditeurs étaient très coulants alors que ceux auxquels il a eu à faire étaient particulièrement sévères ! Pour éviter toutes ces discussions, je vous propose de faire en sorte d'être tous audités par le même responsable d'audit, même si l'équipe d'audit est différente pour chacun d'entre nous. Nous aurons ainsi une certaine garantie d'homogénéité.

Michel – Comment veux-tu que nous ayons tous le même responsable d'audit si chacun d'entre nous traite séparément avec les organismes certificateurs ? Même si nous nous mettons d'accord sur le choix d'un seul organisme, rien ne dit que nous aurons le même responsable d'audit.

Maguy – Je pense que nous devrions procéder par appel d'offres en précisant dans notre spécification de besoin que le responsable d'audit doit être le même pour nos quatre organismes.

Thierry – Je suis d'accord sur le principe. Mais si nous voulons des équipes d'audit appropriées, à savoir qui comportent des spécialistes dans nos propres métiers, nous avons alors tout intérêt à ce que la spécification de besoin soit très précise. Je pense que nous devrions y arriver même si cela n'est pas forcément simple.

En revanche, je vous rappelle que la date d'obtention du certificat constitue l'un des critères que nous avons retenus pour la détermination du gagnant de notre défi. Si nous avons tous le même responsable d'audit, il faudra faire en sorte que le délai d'obtention du certificat tienne compte du décalage qu'il y aura entre les audits successifs.

Éric – J'adhère au principe de votre proposition. Mais pour ce qui me concerne, faisant partie d'une administration, je suis tenu d'en appliquer les procédures ; en particulier en matière de passation des commandes et de facturation.

Maguy – Je suis dans le même cas que toi et je pense qu'il ne doit pas y avoir de problème si nous nous mettons d'accord avec l'organisme retenu suite à notre appel d'offres, pour qu'il traite des problèmes administratifs séparément avec chacun d'entre nous. Il suffit d'ailleurs de le préciser dans notre spécification de besoin.

Puisqu'il semble que nous soyons tous d'accord sur cette façon de procéder, n'est-ce pas Michel, je me propose d'établir un projet de spécification de besoin que je vous soumettrai pour que vous le commentiez, et que vous le complétiez avec vos exigences spécifiques. Lorsque la spécification sera finalisée, nous serons alors en mesure de lancer notre appel d'offres commun.

Éric – Maintenant que nous avons trouvé un terrain d'entente, je pense que nous en avons terminé pour aujourd'hui. À demain sur un autre type de terrain, et que le meilleur gagne !

12

Le processus de certification

C'est un processus classique de fourniture d'une prestation, avec des actions qui relèvent de l'expression des besoins du client et de la revue de contrat. Une seconde série d'actions correspond à la préparation (ou conception) de la prestation. Enfin, après la réalisation de la prestation, le processus doit comprendre, ce que l'on oublie souvent, les actions qui concernent la clôture de l'affaire.

12.1 À chaque organisme certificateur son processus

Chaque organisme certificateur dispose de son propre processus d'audit, mais quel que soit l'ordonnancement des actions et des étapes choisi, on y retrouve en général toujours les mêmes actions :

– Demande de certification par l'organisme qui souhaite se faire certifier. Cette demande est transmise directement à un organisme certificateur préalablement choisi ou bien résulte d'un appel d'offres. Dans le cas d'un appel d'offres, l'organisme certificateur envoie une offre. Cette offre peut prévoir la réalisation d'un pré-audit. Un pré-audit peut être très intéressant surtout si l'organisme demandeur ne l'a pas réalisé en interne faute d'auditeur confirmé. Il faut cependant être conscient du fait qu'un tel pré-audit s'apparente très facilement à du conseil, même si en général

l'organisme certificateur ne va pas jusqu'à proposer des solutions pour traiter les dysfonctionnements et les non-conformités relevés.
Quoi qu'il en soit, une simple visite préliminaire peut permettre à l'organisme demandeur de rencontrer au moins le responsable d'audit pour avoir un tout premier échange. Cette visite peut être aussi l'occasion pour le responsable d'audit de visiter l'établissement qu'il aura à auditer, de comprendre son organisation ce qui lui permettra de mieux préparer son plan d'audit et probablement de faciliter sa compréhension de la documentation descriptive du système de management de la qualité.

- L'organisme certificateur adresse un dossier à remplir pour concrétiser la demande et établir un contrat.
- L'organisme certificateur constitue son équipe d'audit.
- L'organisme certificateur réalise l'audit et émet un rapport faisant apparaître les écarts constatés.
- L'organisme demandeur corrige les écarts en lançant des actions correctives. Il transmet à l'organisme certificateur la preuve de l'efficacité de ces actions.
- C'est enfin le comité de certification qui décide de l'attribution du certificat. Le certificat est valable trois ans, mais peut être retiré sur plainte d'un usager ou d'un client ou à la suite d'une des visites annuelles de contrôle.

Les figures 12.1, 12.2 et 12.3 décrivent les processus de trois organismes de certification.

12.2 Préparation de l'audit par l'organisme certificateur

C'est un lieu commun de dire que l'audit de certification se déroulera d'autant mieux qu'il aura été bien préparé. Sa préparation répond à trois objectifs principaux :

- faire en sorte que les auditeurs prennent connaissance de l'organisme à audité à travers la documentation mise à sa disposition ;
- planifier et ordonner le déroulement de l'audit ;
- mettre au point les outils et les supports qui vont aider les auditeurs dans leur tâche.

Cette préparation est parfois appelée « étape de revue technique », mais en réalité elle va bien au-delà de la revue.

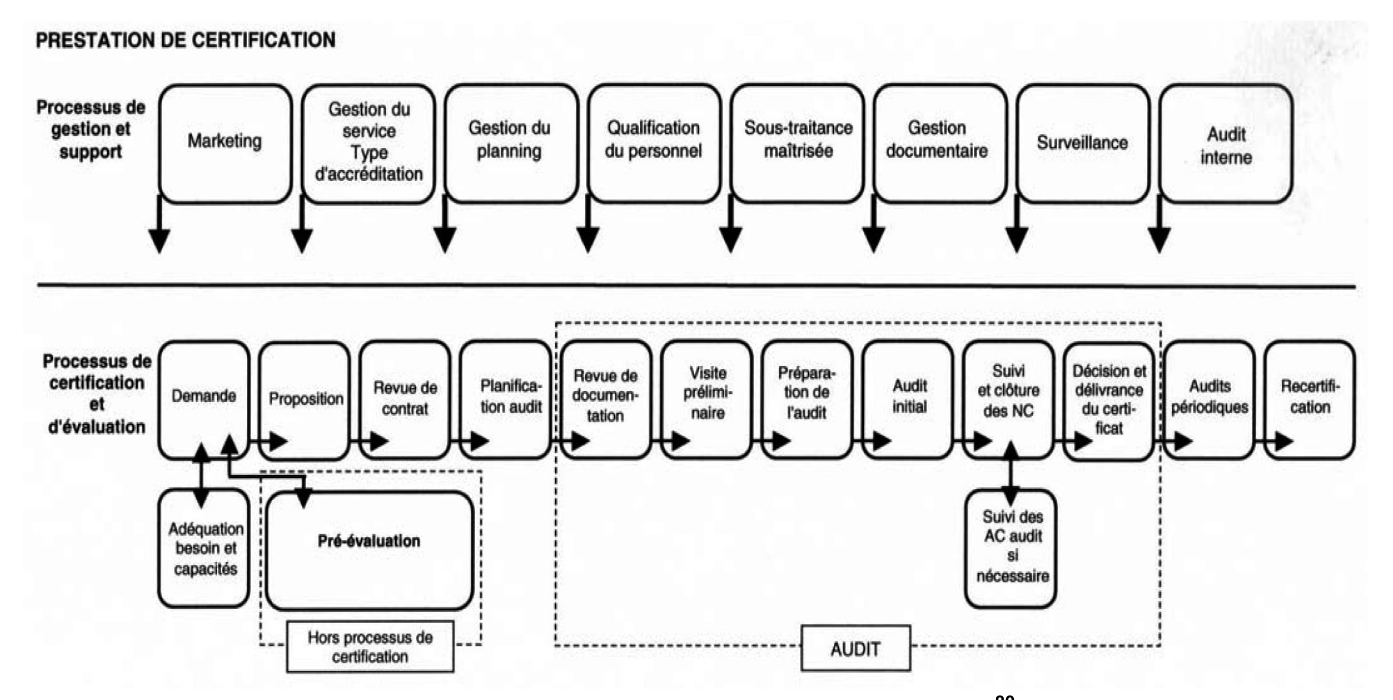


Figure 12.1 Le processus de DNV Certification France[80]

80 *Certification ISO 9000*, AFNOR (ouvrage collectif avec mises à jour), octobre 2001, partie IX, chapitre 63, p. 7.

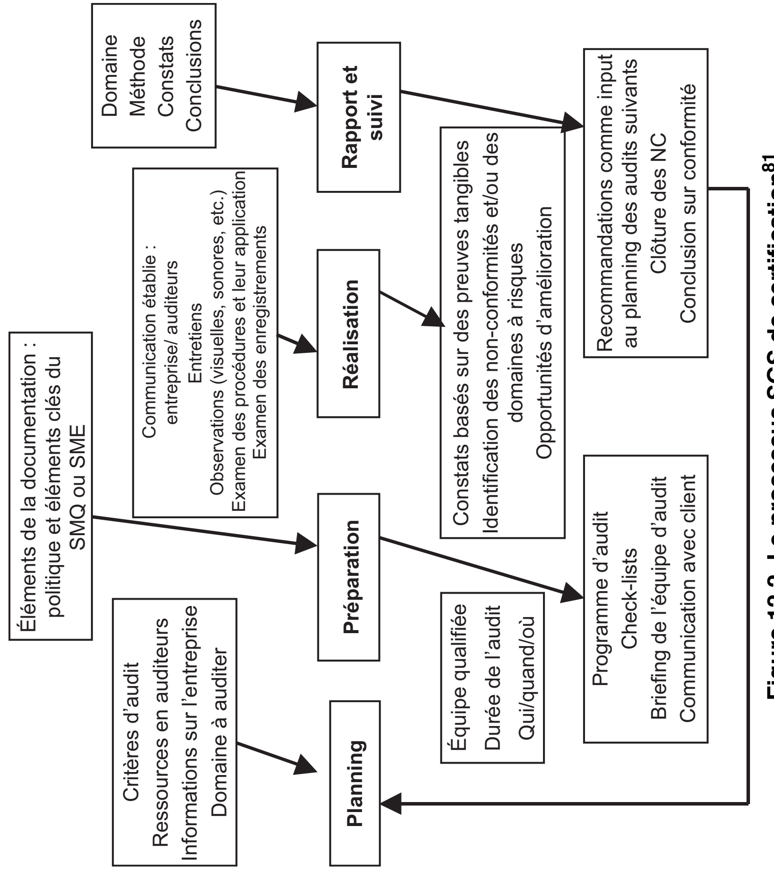


Figure 12.2 Le processus SGS de certification[81]

[81] *Certification ISO 9000*, AFNOR (ouvrage collectif avec mises à jour), octobre 2001, partie IX, chapitre 65.

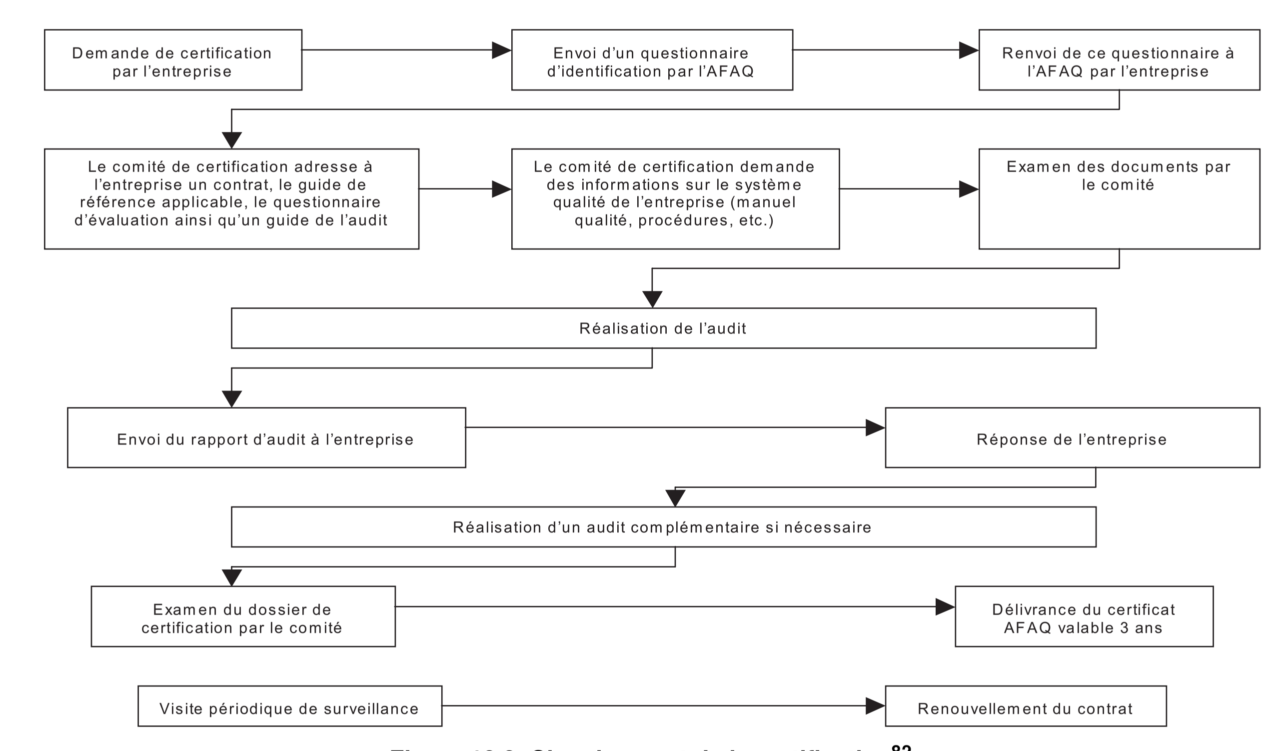


Figure 12.3 Cheminement de la certification[82]

82 Michel Cattan, d'après la documentation du site qualityandco.com.

12.2.1 Analyse du dossier par l'organisme certificateur

Une première étape de la préparation consiste à examiner la documentation recueillie auprès de l'organisme candidat à la certification :

- le manuel décrivant le système de management de la qualité ;
- une documentation générale concernant l'organisme, les produits et les services proposés (catalogues, plaquettes publicitaires, etc.).

Et, dans la mesure du possible :

- un document explicitant la politique et la stratégie de l'organisme ;
- un tableau de bord qualité sur lequel sont indiqués les principaux objectifs de l'année et les indicateurs qui permettent d'évaluer la situation présente par rapport aux objectifs ;
- un organigramme qui permet de situer les principaux interlocuteurs à rencontrer au cours de l'audit.

La documentation remise à l'organisme certificateur doit être d'excellente qualité. Il ne faut pas que les auditeurs éprouvent des difficultés de compréhension. Sans pour autant établir une documentation exclusivement destinée aux auditeurs, il est parfois utile de leur fournir un mode d'emploi.

L'organisme de certification peut enrichir cette documentation par des comptes-rendus d'entretiens avec des représentants de l'organisme à certifier, voire des documents obtenus par ailleurs (données statistiques, études portant sur le secteur d'activité).

L'examen de la documentation a pour but de s'assurer que l'organisme candidat a pris en compte toutes les exigences du référentiel qui lui sont applicables. Les points tout particulièrement examinés à cette occasion concernent l'organisation, la politique et la stratégie de l'organisme demandeur en matière de management de la qualité, ainsi que la liste de ses processus.

Certains organismes certificateurs complètent cette documentation par un questionnaire rempli par l'organisme candidat, dans lequel le lien est fait entre les exigences du référentiel et les documents ou parties de documents qui décrivent comment ces exigences sont prises en compte.

Mis à part les quelques rendez-vous que le responsable d'audit ou l'organisme certificateur a pu avoir avec le demandeur, c'est grâce à cette documentation que les auditeurs vont bâtir leur questionnaire et surtout se faire une opinion du fonctionnement de l'entreprise, voire de sa culture.

Partant de cette documentation, l'organisme certificateur :

- vérifie la cohérence entre l'offre faite par l'organisme certificateur et la présentation des produits de l'organisme à certifier ;
- vérifie la cohérence entre la documentation remise par l'organisme à certifier et champ prévu de la certification ;
- vérifie le contenu du manuel par rapport aux exigences de la norme (exclusions, processus stratégiques et autres processus, existence des procédures exigibles ou de leurs références, etc.) ;
- examine la politique définie par la direction en ce qui concerne l'adéquation avec la nature et la situation de l'entreprise, mais aussi vérifie la cohérence entre cette politique et les objectifs.

Ce travail, qui était le plus souvent formel, a tendance à s'orienter vers une analyse critique de la situation de l'organisme à certifier par rapport à son environnement. Pour SGS, par exemple, sa méthode d'audit a évolué sur différents points, et en particulier sur la nécessité de :

> « […] préparer les missions d'audit en considérant avec plus de précision les aspects suivants :
>
> - contexte économique/parties intéressées,
> - marchés, clients et chaîne de création de valeur,
> - infrastructures et conditions de réalisation des produits,
> - aspects réglementaires relatifs aux produits. »[83]

L'analyse peut mettre en lumière des défaillances graves. Un organisme de certification sérieux devra alors en informer son client et lui suggérer de corriger ces déficiences avant d'envisager une certification. Inutile de supporter le coût des journées d'audit si l'on sait par avance que le certificat ne pourra pas être délivré. Si l'organisme certificateur a mal préparé son audit ou, pire, si consciemment il omet d'informer son client de ces anomalies, le client doit le lui faire remarquer et, le cas échéant, renégocier le contrat précédemment établi.

À l'issue de la préparation, les auditeurs devront avoir une connaissance suffisante du contexte dans lequel se trouve l'organisme, des processus à auditer, mais aussi des tâches à forte valeur ajoutée. Ce sont en priorité ces processus et ces tâches qui feront l'objet d'un examen approfondi.

---

[83] Martin de Halleux, « Certification ISO 9000 – Les politiques des organismes certificateurs », in *Qualité références*, avril 2002, p. 22.

12.2.2 Établissement d'une stratégie d'audit

Après vérification de l'acceptabilité du dossier de l'organisme demandeur, l'équipe d'audit définit une stratégie qui tient compte de la nature de l'organisme à certifier, du champ prévu pour la certification, de la structure et du contenu de la documentation examinée.

L'établissement d'une stratégie d'audit n'est pas toujours formalisé par les organismes certificateurs. C'est pourtant un bon moyen pour faciliter la définition d'un plan d'audit et la mise au point d'un questionnaire en parfaite cohérence avec la nature et la culture de l'organisme qui doit faire l'objet d'un examen (*cf*. tableau 12.1).

Ainsi, pour une entreprise de taille moyenne qui fabrique un produit unique en sous-traitance, une stratégie d'audit basée sur les processus est probablement inadaptée car, dans une telle entreprise, le nombre de processus est faible et les interfaces peu nombreuses. Une stratégie qui privilégie l'aspect système sera peut-être plus appropriée.

À l'inverse, dans le cas d'un organisme de taille importante qui conçoit, réalise et offre un nombre conséquent de produits et de prestations différents, il faudra pour bien vérifier l'enchaînement des tâches et la maîtrise des interfaces, choisir une stratégie centrée sur les processus.

La stratégie d'audit dépendra aussi du profil de l'auditeur et de ses centres d'intérêt. Il aura toujours tendance à privilégier la stratégie qu'il maîtrise le mieux.

Tableau 12.1 Stratégies d'audit

Selon structure de la norme	Selon les fonctions	Sous l'aspect systèmes	Centré sur les processus
– Périmètre d'application ; – Champ de la certification ; – Exclusions autorisées ; – Exigences réglementaires applicables ; – Système de management de la qualité ; – Description du système ; – Exigences relatives à la documentation ; – Responsabilités de la direction ; – Engagement de la direction ; – Écoute client ; – Politique qualité ; – Planification ; – Responsabilité, autorité et communication ; – Revue de direction ; – Management des ressources ; – Mise à disposition des ressources ; – Ressources humaines ; – Infrastructures ; – Environnement de travail ; – Réalisation du produit ; – Planification de la réalisation du produit ; – Processus relatifs aux clients ; – Conception et développement ;	***Direction :*** – Politique et stratégie ; – Objectifs généraux (adéquation moyens /objectifs) ; – Écoute clients ; – Communication ; – Engagement factuel ; – Revue de direction. ***Direction qualité/représentant de la direction :*** – Maîtrise du système de management de la qualité ; – Maîtrise du système documentaire (manuel…) ; – Tableau de bord de la qualité et analyse des données ; – Audit ; – Actions correctives et préventives ; – Traitement des non-conformités. ***Direction du personnel :*** – Formation (réalisation et efficacité) – Gestion des compétences – Qualification du personnel ***Services généraux :*** – Infrastructures ; – Environnement de travail.	***Système de management de l'organisme :*** – Politique et stratégie ; – Objectifs généraux (adéquation moyens /objectifs) ; – Écoute clients ; – Communication ; – Engagement factuel. ***Système de management de la qualité :*** – Planification du système ; – Planification des processus ; – Planification des produits et services ; – Exigences réglementaires ; – Exigences relatives à la documentation. ***Système de management des ressources :*** – Humaines (nombre et formation, compétences, qualifications) ; – Matérielles et financières ; – Infrastructures et environnement de travail. ***Système de management des processus :*** – Méthode de définition des processus stratégiques ; – Méthode d'analyse des processus ;	***Processus de management :*** Liste des processus de management. ***Processus de réalisation :*** Liste des processus de réalisation. ***Processus support :*** Liste des processus support. ***Processus de mesure :*** Liste des processus de mesure. ***Système de management des processus :*** – La désignation des pilotes ; – La fonction de pilote ; – Le tableau de bord du processus ; – La matrice de maturité du processus ; – Les revues de processus. ***Implication de la direction :*** – Définition de la politique, de la stratégie et des objectifs en matière de qualité ; – Écoute clients ; – Communication ; – Enquête de direction ou audit du président. ***Maîtrise des interfaces externes :*** – Relations avec les clients ; – Relations avec les partenaires ;

Tableau 12.1 Stratégies d’audit (fin)

Selon structure de la norme	Selon les fonctions	Sous l’aspect systèmes	Centré sur les processus
– Achats. – Production et préparation du service ; – Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure ; – Mesures, analyse et amélioration ; – Surveillance et mesure ; – Maîtrise du produit non conforme ; – Analyse des données ; – Amélioration.	***Commercial :*** – Identification et analyse des besoins et attentes des clients ; – Revues d’offre et de contrat ; – Mesure de la satisfaction client. ***Conception et R & D :*** – Étapes de la conception (y compris consultation du client) ; – Revues ; – Vérifications ; – Validations. ***Achats :*** – Relations avec les fournisseurs (partenariats) ; – Méthode de sélection des fournisseurs ; – Suivi des fournisseurs ; – Traitement des commandes ; – Vérification du produit acheté. ***Réalisation (y compris prestations associées) :*** – Planification des processus clés ; – Planification des autres processus ; – Management des processus ; – Maîtrise de la documentation ; – Relations avec le client (y compris partenariats)	– Organisation (pilote ou responsable) ; – Documentation associée. ***Système de management des interfaces externes :*** – Relations avec les clients (partenariats) ; – Relations avec les fournisseurs (partenariats) ; – Relations avec les partenaires. ***Système d’amélioration continue :*** – Revue de direction ; – Tableau de bord de la qualité et analyse des données ; – Audit ; – Actions correctives et préventives ; – Traitement des non-conformités.	– Relations avec les fournisseurs ; – Relations avec les autorités. ***Maîtrise des informations et des données techniques :*** – Règles de gestion ; – Système de validation des informations et des données ; – Système de gestion (diffusion, stockage…) ; – Fiabilité des outils utilisés ; – Conservation du patrimoine de l’organisme.

12.2.3 Le plan d'audit

Sur la base de la stratégie retenue et de la structure de l'organisme à certifier, les auditeurs établissent un plan d'audit consistant à répartir sur la durée de l'audit les rendez-vous indispensables pour pouvoir mener à bien l'audit complet (*cf*. tableau 12.2).

Tableau 12.2 Exemples de plans d'audit

	Plan basé sur une stratégie systèmes	Plan basé sur une stratégie processus
Jour 1		
9 h	Réunion d'ouverture : – présentation des participants ; – présentation, par l'organisme candidat, de son organisation, de sa politique, de sa stratégie et de ses objectifs.	
10 h	Examen de la gestion du système de management de la qualité	
11 h 30	Système de management de projet : – organisation ; – offres ; – revue de contrat ; – gestion des réclamations ; – etc.	Processus de conception : – organisation ; – dossier de processus ; – données d'entrée ; – données de sortie ; – planification ; – revues de conception ; – etc.
12 h 30	Déjeuner	
14 h	Commandes et surveillance des fournisseurs : – sélection des fournisseurs ; – préparation et passation – des commandes ; – traitement des réserves ; – surveillance ; – contrôle réception.	Processus de conception (suite)
15 h	Système d'amélioration continue : – revue de direction ; – actions correctives ; – actions préventives ; – satisfaction des clients ; – satisfaction du personnel ; – etc.	Processus de fabrication : – interface conception/fabrication : – documentation ; – contrôles ; – compétences ; – environnement de travail ; – infrastructures ; – etc.

Tableau 12.2 Exemples de plans d'audit (fin)

	Plan basé sur une stratégie systèmes	Plan basé sur une stratégie processus
Jours suivants…		
Dernier jour		
…	…	…
15 h	Concertation des auditeurs pour préparer la réunion de conclusion	
17 h	Réunion de conclusion	

Ce plan est transmis au demandeur pour approbation afin de tenir compte des disponibilités des personnes à auditer et des commentaires éventuels qui résulteraient d'une mauvaise interprétation de la documentation examinée.

Le plan peut aussi préciser comment l'équipe d'audit va fonctionner. Les auditeurs ont-ils l'intention de se séparer pour procéder à l'audit ? Si oui, comment se répartissent-ils les entretiens ?

12.2.4 Le questionnaire

Parallèlement, les auditeurs établissent un questionnaire qui leur servira de fil conducteur pendant la réalisation de l'audit. Ce questionnaire comprend, outre les questions standards résultant de l'analyse de la norme, une liste de points critiques ou supposés critiques, relevés lors de l'examen de la documentation (incohérence, incompréhension, manque de clarté, oublis, etc.).

Il faut espérer que l'auditeur ne suive pas son questionnaire sans jamais en dévier. Il doit pouvoir s'en servir en fonction du plan prévu et éventuellement s'adapter aux changements qui interviennent parfois en cours d'audit.

La nécessité de mesurer l'efficacité du système de management de la qualité conduit à associer au questionnaire une matrice d'efficacité qui permet de situer le niveau de maturité du système. C'est un des points délicats auxquels les auditeurs sont confrontés. Les solutions apportées aujourd'hui sont parfois très loin de ce que l'on pourrait espérer. En effet, certains organismes certificateurs se contentent, pour mesurer l'efficacité, d'une pondération des questions posées et de l'attribution de points pour chacune des réponses jugées correctes. Le système est déclaré efficace si le nombre de points est supérieur à la moitié des points possibles. D'autres organismes basent leur appréciation de l'efficacité d'un système de management de la qualité sur l'existence, chez

l'organisme candidat, de certains éléments (une politique qualité, une revue de direction, etc.) sans se préoccuper de l'efficacité des actions correspondantes.

Ces façons de pratiquer, si elles perdurent, sont des approximations qui, à terme, conduiront à mettre en doute la validité d'un audit de certification.

Même si bâtir une matrice d'efficacité n'est pas une opération simple, c'est bien dans cette voie qu'il faut s'orienter car, outre le fait qu'elle permet de situer l'efficacité de l'organisme à un instant donné, elle permet aussi de se fixer des objectifs d'amélioration sur les points particuliers qui le nécessitent (*voir Fiche 6 « Questionnaire daudit », en fin d'ouvrage*).

13

L’audit de certification



13.1 La réunion d’ouverture

Lorsque les auditeurs se présentent le jour J pour réaliser l’audit de certification, à l’exception du responsable d’audit, c’est souvent leur première visite dans cet organisme. Il est très important que leur accueil ait été prévu, et en particulier qu’ils n’aient pas l’impression qu’ils ne sont pas attendus ou que

l'on cherche à gagner du temps. Si l'accès aux locaux est réglementé, il faut avoir établi à l'avance les documents nécessaires, comme par exemple un badge ou une carte d'accès.

C'est le responsable d'audit qui dirige la réunion. Inutile de vouloir animer les débats à sa place. Il arrive encore trop souvent qu'un audit démarre mal parce que le directeur général de l'organisme audité veut prendre les choses en main et cherche à imposer son point de vue sur l'organisation de la réunion.

- **Qui assiste à la réunion ?**

Le comité de direction, sauf empêchement majeur, doit y assister. La présence de tous est d'autant plus importante que c'est le seul moment où les auditeurs se trouveront en présence de l'ensemble de la direction de l'organisme. Il ne faut cependant pas que les personnes appartenant à ce comité soient trop nombreuses. Si cela était le cas, il faudrait choisir de ne faire participer à cette réunion que les plus concernées par l'audit.

Au-delà du comité de direction, il est souhaitable d'inviter à cette réunion des représentants du personnel pour bien marquer le fait que tout le monde est concerné par la certification.

- **Comment l'organisme audité doit-il se comporter au cours de cette réunion d'ouverture ?**

Les personnes présentes ne viennent pas uniquement pour écouter le responsable d'audit, mais bien pour participer à la réunion. Ce qui veut dire que, comme toute réunion, celle-ci doit être préparée avec beaucoup de soin.

C'est au cours de la préparation que doivent être aplanies les divergences éventuelles et que doivent être définis les messages à faire passer aux auditeurs, en veillant à la cohérence de ces messages. Vous pouvez être sûrs que, pour ce qui les concerne, vos interlocuteurs auront préparé très certainement avec beaucoup de soin la réunion d'ouverture. Si l'on excepte la connaissance qu'ils ont acquise à la lecture de la documentation qui leur a été remise, cette réunion est pour les auditeurs le véritable premier contact avec l'organisme à certifier. Il ne faut pas oublier que la première impression aura une influence non négligeable sur l'ensemble de l'audit.

● Que doit présenter l'organisme audité ?

Après un tour de table pour que les participants se présentent, c'est le responsable d'audit qui ouvre en général la réunion. Il présente le plan et l'organisation de l'audit pour s'assurer qu'il est réalisable, et en particulier que les interlocuteurs appropriés pourront être disponibles au moment voulu. Des ajustements de ce plan peuvent être décidés au cours de la réunion d'ouverture. Il est en particulier souhaitable de proposer à l'équipe d'audit de ménager un temps pour pouvoir répondre à quelques questions complémentaires et pour apporter des éclaircissements sur des points qui ne leur auraient pas semblé suffisamment clairs.

C'est ensuite l'occasion pour la direction de l'organisme audité de se présenter : organisation générale, principaux produits ou services, quelques données concernant le chiffre d'affaires et son évolution, éléments concernant le personnel (nombre, répartition par catégorie et, si nécessaire, par établissement ou par unité). Il est souhaitable d'éviter que cette présentation soit le fait d'une seule personne, et surtout pas du responsable qualité. La meilleure façon de procéder est de faire en sorte qu'après une présentation générale faite par le PDG ou le DG, la parole soit donnée successivement à tous les responsables présents pour qu'ils présentent leur propre activité.

Sauf exception, c'est dans le prolongement de cette réunion que sera examinée par les auditeurs l'application de l'essentiel des exigences qui concernent la direction générale : la stratégie de l'organisme, sa politique, ses objectifs et leurs déclinaisons. C'est une première occasion pour les dirigeants de montrer leur engagement en matière de management de la qualité.

Sans pour autant pratiquer la langue de bois (cela se remarquerait très vite), chaque intervenant doit faire apparaître le côté positif de son action. Il arrive que des dirigeants profitent de l'auditoire pour déballer toutes leurs craintes, leurs difficultés, se plaindre du voisin, des fournisseurs ou des clients. On ne se met jamais en valeur au détriment de ses collègues, et malheureusement, c'est une attitude très répandue. Ce ne sont pas les auditeurs qui règleront les divergences qui peuvent exister entre deux unités de l'organisme.

Lors de l'accueil et dans le déroulement de la réunion d'ouverture, il ne faut surtout pas tomber dans le piège des diversions et des tentations (*cf.* tableau 13.1).

Tableau 13.1 Réagir à un accueil « envahissant »

Situations rencontrées	Attitude du bon auditeur
Diversions possibles : – accueil exceptionnellement long, poli, chaleureux qui peut être « piégeant » ou déstabilisant pour l'auditeur ; – repas trop copieux, trop arrosés ; – explications exagérément détaillées sur l'organisme ; – visites d'installations non prévues ou trop longues. Tentations diverses : – petits cadeaux ; – « copinage » ; – flatteries exagérées.	Il rappelle le plan. Il reporte la diversion après l'audit. Il a en permanence le contrôle de la gestion de son temps et le fait savoir.

Les diversions peuvent masquer les erreurs de l'organisme. Il ne faut pas oublier que ce sont les petites erreurs qui causent les grands incidents. L'auditeur ne doit donc pas les ignorer. Vouloir les lui cacher ne ferait que desservir l'organisme (*cf.* tableau 13.2).

Tableau 13.2 Savoir accueillir les auditeurs

Attitude du bon audité	Conséquences pour l'audit
Il a préparé l'arrivée de l'équipe d'audit : – démarches administratives ; – logement éventuel ; – transport ; – le personnel à l'accueil est averti de l'arrivée de l'équipe. Il a pris des dispositions pour faciliter le travail de l'équipe d'audit : – local réservé ; – téléphone ; – salles de réunion réservées. Il a prévu des boissons (eau, café). Les documents dont l'équipe aura à coup sûr besoin sont disponibles dès son arrivée. Il propose à l'équipe d'audit un certain nombre de possibilités sans pour autant chercher à les imposer (visites, repas au restaurant, etc.).	Les auditeurs sont débarrassés des problèmes matériels. Ils n'auront pas à demander, ce qui peut parfois être gênant. Les conditions de travail étant bonnes, il va de soi que cela aura une influence sur la qualité des relations entre auditeurs et audités.

13.2 Accompagner les auditeurs

● Qui ?

C'est de préférence un responsable qualité qui accompagne les auditeurs. Si cela n'est pas possible, choisir quelqu'un qui connaisse bien le référentiel de l'organisme et ses modalités d'application, mais aussi la norme sur laquelle est basée le référentiel ainsi que l'interprétation qui a été retenue des exigences de la norme. Il sera le correspondant des auditeurs pendant toute la durée de l'audit.

● Comment ?

Il faut cependant que cet accompagnement reste discret (pas plus d'une personne) et que l'accompagnateur ne se substitue jamais à l'audité ni à l'auditeur. Il ne doit intervenir que s'il constate que l'auditeur fait fausse route, ou pour apporter un complément d'information si l'auditeur donne l'impression de ne pas avoir compris une explication.

● Pourquoi ?

Ceci est absolument nécessaire pour diriger les auditeurs vers leurs interlocuteurs successifs, mais aussi pour faciliter le dialogue entre auditeurs et audités. Les questions de compréhension de certains termes et fonctions propres à l'organisme peuvent jouer un rôle non négligeable sur le déroulement de l'audit et sur ses conclusions.

Par ailleurs, la présence d'une seule personne connue et reconnue peut contribuer à atténuer le « stress » de l'audité.

Il se trouve aussi que les auditeurs sont parfois tentés de porter des jugements ou de suggérer des solutions qui sortent du cadre de leurs prérogatives. Il faut pouvoir le leur faire remarquer avec toute la diplomatie nécessaire pour faire en sorte que les conclusions ne soient pas orientées par un jugement portant sur la forme plutôt que sur le fond. L'auditeur n'a pas à prendre position sur les mesures retenues pour répondre à une exigence. Il doit, en revanche, se prononcer sur l'efficacité de ces mesures.

Il arrive souvent qu'un auditeur ayant pratiqué une méthode soit tenté d'en vanter les avantages et de faire des comparaisons avec les méthodes appliquées par l'organisme audité. Il y a lieu dans ce cas d'éviter que l'auditeur se transforme en conseil, qu'il porte un jugement de valeur par rapport à une autre

méthode, alors que l'on attend de lui qu'il se prononce sur l'efficacité de la méthode qui lui est présentée.

> « Le meilleur conseil à donner au client audité est qu'il ne doit pas hésiter à être lui-même critique face à l'auditeur, sans se laisser imposer une quelconque doctrine excessive. »[84]

Autre cas pour lequel l'intervention du « suiveur » peut se révéler indispensable : celui où l'auditeur, quelque peu gêné au niveau de la compréhension et de l'analyse de ce qui lui est présenté (méthodes, outils, organisation), se rabat sur l'examen de la documentation et transforme l'audit en une vérification purement formelle sans s'assurer que ce qui est écrit est effectivement mis en œuvre.

Enfin, cet observateur doit noter tout ce qui peut relever d'une remarque ou d'une non-conformité dans le rapport d'audit. Il revient aussi à l'accompagnateur de résoudre tous les petits problèmes matériels (copies de documents, téléphone et toutes tâches de secrétariat) qui faciliteront le déroulement de l'audit ou qui déchargeront les auditeurs (hôtel, taxi et autres transports, restauration, etc.).

13.3 Faire un bilan quotidien de l'audit

Les notes prises par l'observateur tout au long de la journée vont permettre de tirer un premier bilan. L'expérience montre que beaucoup de choses peuvent être faites pour apporter des réponses complémentaires et convaincantes aux auditeurs, mais aussi pour préparer les personnes qui seront auditées le lendemain aux questions qui sont susceptibles de leur être posées.

● Communiquer au sein de l'organisme audité

Ceci est d'autant plus important que, l'audit pouvant durer plusieurs jours, il n'y a aucune raison de laisser tout le personnel dans l'expectative. Autant lui rendre compte quotidiennement en lui disant ce qui va bien et ce qui s'est mal passé.

De plus, on constate qu'un plan d'audit évolue souvent en fonction de ce que les auditeurs auront pu constater au cours des entretiens. Il faut aussi tenir

---

[84] BVQI, propos recueillis par Martin de Halleux, « Certification ISO 9000 – Les politiques des organismes certificateurs », in *Qualité références*, avril 2002, p. 25.

compte du fait que pendant l'audit, l'organisme audité continue à travailler, ce qui entraîne parfois l'indisponibilité d'une personne au moment initialement prévu. Pour toutes ces raisons, il est souhaitable de mettre à jour quotidiennement le plan d'audit et de le faire connaître dans l'organisme. On évite ainsi des pertes de temps et des énervements inutiles.

- **Proposer aux auditeurs un complément d'information ou d'explication**

Préparer les réponses aux remarques et non-conformités, et résoudre tout ce qui peut l'être au cours de l'audit ou, du moins, avant les conclusions de l'équipe d'audit. Il n'est pas impossible, par exemple, de réviser une procédure et de la rediffuser dans les 24 heures s'il s'agit d'une simple modification de forme qui permet de lever une remarque.

Pour faire ce bilan, et surtout l'exploiter, il faut pouvoir réunir les représentants des audités du jour, les représentants des audités du lendemain, les observateurs et un responsable qualité.

13.4 La réunion de conclusion

C'est l'un des moments forts de l'audit, mais dont le déroulement devrait être probablement revu pour lui enlever son caractère de jugement définitif. Souvent très conventionnelle, elle ne sert pas à grand-chose, sinon à développer un sentiment de frustration chez les audités et un sentiment de supériorité chez les auditeurs. Pour certains, quel plaisir de tenir à leur merci toute une direction sans que celle-ci ait le droit de réagir !

La règle (non écrite) veut, en effet, que les audités ne réagissent pas à l'énoncé des remarques et des non-conformités relevées par les auditeurs. Cela relève d'une grande hypocrisie, car ce qui ne se dit pas en réunion de conclusion le sera sous la forme de courrier, de contestation, voire de remise en cause du déroulement de l'audit.

Pourquoi ne pas jouer franc jeu tout au long du parcours, et en particulier lors de la réunion de conclusion ? Il est quand même paradoxal qu'une exigence de clarté, à la base de tout système de management de la qualité, ne soit pas applicable lorsqu'il s'agit d'un audit, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'un audit de certification. Même si cela n'est pas dans les habitudes, il est indispensable que les auditeurs sachent que l'organisme n'est pas d'accord

avec leurs conclusions et que les raisons en soient données. On ne voit pas pourquoi, si les arguments sont suffisamment convaincants, les auditeurs ne pourraient pas remettre en cause leurs conclusions. Cela serait très certainement plus honnête que de rester sur ses (fausses) positions sous prétexte que l'auditeur a toujours raison, d'aboutir à un rapport erroné qui donnera lieu à un commentaire aseptisé de l'organisme audité pour ne pas risquer de retarder l'obtention de son certificat.

Que de mécontentement quand, sous prétexte de procédure, il n'est pas possible d'influer sur le jugement des auditeurs alors que l'on constate à ce moment qu'ils ont mal interprété une réponse qui leur a été faite, ou qu'ils ont oublié de vérifier quelque chose ! Il faudra attendre le rapport d'audit pour se justifier, ce qui est une situation que peu de gens apprécient. Sans compter que l'auditeur n'est pas infaillible. Même s'il a une très grande expérience de l'audit, il ne peut jamais en quelques heures ou même en quelques jours avoir la prétention de connaître l'organisme qu'il audite dans toute sa complexité, en ayant intégré dans son examen les conséquences de la culture d'entreprise ou encore les contraintes de l'environnement.

L'argument le plus souvent avancé pour maintenir une réunion avec une absence totale de dialogue est que si l'on ouvre la porte à la discussion, le risque est de ne pas pouvoir arrêter la contestation et d'avoir à refaire l'audit. Pourquoi pas, après tout ? Il est certainement plus conforme aux principes de la qualité de refaire ce qui a été mal fait plutôt que de fermer les yeux sur des erreurs. L'idéal étant bien sûr de ne pas faire d'erreur.

Une des conséquences, non négligeable, de cette absence de concertation à la fin de l'audit est que le processus de certification dure plus longtemps qu'il ne le devrait. Il arrive trop souvent que l'organisme demandeur soit mobilisé inutilement pour traiter de faux problèmes.

À quand une réunion de conclusion avec un examen contradictoire ?

Elle pourrait avoir lieu avant la réunion de conclusion officielle entre les auditeurs et les responsables qualité, par exemple, pour amender ce qui peut l'être avant que des conclusions définitives ne soient tirées.

En attendant que cela soit accepté par les organismes certificateurs et que cela devienne la règle, on comprend tout l'intérêt qu'il y a à accompagner les auditeurs pour compléter leurs constations ou corriger, au fur et à mesure du déroulement de l'audit, les oublis ou les interprétations erronées. Cela évite une bonne partie des regrets de dernière minute. L'organisme candidat pourrait

d'ores et déjà inscrire cet « examen contradictoire » dans ses exigences contractuelles.

Quelle que soit la forme de la réunion de conclusion, il ne faut pas considérer qu'elle marque la fin de l'audit. Il reste souvent encore beaucoup à faire.

L'organisme certificateur va de son côté avoir à rédiger le rapport, qui parfois est soumis à un comité de certification avant d'être transmis pour commentaires et actions à l'organisme qui a été audité.

À réception du rapport, l'organisme candidat à la certification va devoir l'analyser, préparer les réponses aux questions qui lui sont posées et lancer, le cas échéant, les actions correctives qui permettront de solder les remarques et les non-conformités.

14

Le rapport d'audit

Le rapport d'audit est destiné :

- à l'organisme qui a été soumis à l'audit, charge à lui de le diffuser en interne pour information ou pour action ;
- au comité d'évaluation ;
- au responsable d'audit pour assurer le suivi des réponses qui seront faites par l'organisme candidat aux demandes formulées dans le rapport ;
- mais aussi, dans un second temps, à tout organisme auquel l'organisme certifié voudrait le transmettre pour, par exemple, limiter ou alléger des audits seconde partie (client ou autorités).

Il faut donc que ce rapport contienne les informations pouvant intéresser les différents destinataires, et que sa présentation leur permette d'accéder et d'exploiter facilement ces informations.

14.1 Contenu du rapport d'audit

Pour qu'il soit compréhensible par tous, ce rapport doit être parfaitement structuré pour permettre de retrouver facilement les informations concernant un sujet donné, mais aussi pour pouvoir s'assurer de la cohérence et de la validité des informations qu'il contient.

● **Les informations assurant la traçabilité de l'audit**

Elles sont en général toutes situées sur une page de garde. Il s'agit entre autres des informations suivantes :

- le nom de l'organisme audité ;
- le domaine et le périmètre de l'audit ;
- la constitution de l'équipe d'audit ;
- le plan de l'audit avec les dates ou les périodes durant lesquelles il s'est déroulé ;
- etc.

● **Un profil du système qualité**

Il précise les critères examinés par rapport à ceux du référentiel applicable, et définit les résultats globaux de l'audit en termes de conformité aux exigences du référentiel. Il s'agit, par exemple, de l'indication pour chaque critère de l'une des mentions suivantes : satisfaisant, acceptable avec commentaires (existence de remarques) ou non acceptable (existence de non-conformités).

● **Des fiches de remarque et de non-conformité**

Les non-conformités et les remarques traduisent une défaillance dans le système de management de la qualité au niveau de sa documentation ou de son application.

Le classement en « non-conformité » ou en « remarque » est décidé en fonction du caractère de gravité et de répétitivité, et en fonction de l'incidence éventuelle sur la qualité de la fourniture (incidence réelle ou potentielle). La rédaction de la non-conformité ou de la remarque doit permettre d'identifier l'exigence non satisfaite et de justifier le classement retenu.

Les constatations des auditeurs doivent être caractérisées par des éléments quantitatifs et factuels. On relève encore dans certains rapports l'utilisation de termes imprécis (souvent, rarement, pas clairement, etc.) ou des phrases qui s'apparentent au conseil (utilisation de l'infinitif ou de l'impératif).

« Non-conformités » comme « remarques » nécessitent toutes deux une réponse formelle de l'organisme candidat précisant les dispositions qui ont été prises pour qu'elles ne puissent pas se reproduire.

- **Une mesure de l'efficacité du système**

Cette mesure doit être argumentée et exploitable par l'organisme candidat.

Pourquoi ne pas fournir la matrice de mesure de l'efficacité en positionnant l'organisme candidat sur cette matrice pour chacun des critères qui la composent ?

Si les auditeurs n'ont pas donné, lors de la réunion de conclusion, une appréciation sur la performance des processus et des principales activités de l'organisme candidat, il peut demander à ce qu'elle figure dans le rapport. C'est un bon moyen de se rendre compte de la qualité de l'audit.

Tableau 14.1 Exemples de critères d'appréciation de la performance des processus[85]

Type de processus	Production	Services	Commercial	Ingénierie
Critères	Planification	Fiabilité	Contact avec les clients	Tenue des délais
	Conformité	Coût	Commandes reçues	Respect du budget
	Coût de production	Flexibilité	Information siège	Réserves client
	Flexibilité	Satisfaction client	Rapport offres/ commandes	Retour d'expérience

85 Michel Cattan, Nathalie Idrissi, Patrick Knockaert, *Maîtriser les processus de l'entreprise – Guide opérationnel*, Éditions d'Organisation, 2002.

Tableau 14.2 Exemples de critères d'appréciation de la performance des activités[86]

Type de processus	Prospection	Compte-rendu	Offre	Prise de commandes
Critères	Volumes de contacts	Délai de remise	Délai de réponse	% offres
	Suites aux contacts	Fidélité	Conformité	Conformité/offre
	Perception client		Qualité	

● **Une conclusion générale**

Cette conclusion doit être rédigée avec beaucoup de soin, car c'est elle qui sera lue et utilisée par le plus grand nombre. Elle doit traiter tout ou partie des points suivants :

- les points forts du système de management de la qualité en ne mentionnant que les points significatifs ;
- les points sensibles compte tenu des activités de l'organisme audité ;
- l'appréciation argumentée du responsable d'audit sur l'aptitude du système de management de la qualité à atteindre les objectifs fixés ;
- les éventuelles difficultés rencontrées par l'audité et/ou l'auditeur dans l'interprétation du référentiel.

14.2 Mener à bien les actions correctives

Ce n'est pas un sujet à négliger, pour au moins deux raisons :

- Si des actions correctives sont nécessaires, c'est que l'équipe d'audit a relevé des non-conformités ou a fait des remarques. Il y a donc de fortes chances pour que le personnel de l'organisme audité soit quelque peu déçu et qu'un certain nombre de personnes se sentent coupables parce qu'elles sont directement concernées par les non-conformités. Il ne faut surtout pas que l'organisme s'installe dans le défaitisme car cela ne ferait que compliquer l'obtention du certificat.

86 *Ibid.*

- L'organisme candidat ayant certainement fait part à ses partenaires, clients et fournisseurs de son intention de se faire certifier, il ne faut pas donner le sentiment que la certification est difficile à obtenir.

Le retard doit apparaître comme un incident de parcours, ce qui sera le cas si l'organisme apporte rapidement aux auditeurs des réponses satisfaisantes aux conclusions négatives du rapport.

L'organisme candidat doit donc tout mettre en œuvre pour régler l'ensemble des problèmes posés dans les plus brefs délais et dans les meilleures conditions. N'oublions pas qu'une réponse qui ne serait pas satisfaisante ne ferait qu'éloigner la date d'obtention de la certification ou, pire encore, conduirait l'organisme certificateur à demander un audit complémentaire.

Il faut donc que la direction de l'organisme candidat maintienne la pression jusqu'à l'obtention du certificat.



Le défi

Point de départ + 16 mois

Ce rendez-vous est un peu particulier parce qu'il se situe après l'obtention de la certification et du certificat, mais surtout parce que la responsable d'audit, Denise, y a été conviée.

Michel – Nous voici donc avec notre certificat en poche. Finalement, je crois que le fait de s'être lancé un défi a été un atout important dans le déroulement de notre démarche. Je me demande cependant si Denise ne nous a pas pris pour des farfelus.

Denise, pouvez-vous nous donner vos impressions et nous dire si le fait de réaliser les quatre audits dans les conditions que nous vous avons imposées vous a posé des problèmes ?

Denise – Sur le fond, avoir à procéder à ces quatre audits n'avait rien de particulier par rapport à ce que je fais habituellement, bien que j'aie souvent été tentée de faire des comparaisons entre vos différents organismes, ce qui n'est pas une très bonne chose.

Sur la forme, en revanche, je dois dire que je n'avais encore jamais connu une telle situation. J'ai pu constater les avantages que vous avez retirés de la confrontation permanente de vos idées tout au long de la définition et de la mise en œuvre de vos systèmes de management de la qualité. J'ai ressenti à tous les niveaux la volonté de rester pragmatiques. Pas question d'adopter des théories toutes faites sans en avoir testé les effets une fois mises en pratique.

À titre d'exemple, l'entreprise de Michel qui partait avec un acquis important en matière de qualité n'a pas hésité à reconsidérer sa pratique pour profiter de vos différentes expériences.

Pour le laboratoire d'Éric, on aurait pu s'attendre à ce que « la règle soit appliquée avec tous les accommodements souhaités par des chercheurs ». J'ai au contraire pu noter que certaines contraintes ont été très bien acceptées, car vous avez su mettre en évidence tous les avantages que le personnel et le laboratoire pouvaient en retirer.

C'est peut-être la société de conseil de Thierry qui m'a le plus surprise. Je n'avais jamais vu une entreprise se remettre autant en question à l'occasion de l'adoption d'un système de management de la qualité. Ceci, sans pour autant faire du *reengineering*. Je crois que tous les intervenants, aussi bien en conseil qu'en formation, ont compris qu'il existait un écart très important entre l'exposé d'une théorie ou de principes, et leur mise en pratique.

Quant à l'établissement dirigé par Maguy, j'ai cru comprendre qu'il a été décidé de ne pas en rester là. Les personnes interrogées m'ont dit que d'énormes progrès ont été réalisés pour la qualité du service, mais elles ressentent en plus une évolution positive de l'ambiance au sein de l'établissement, avec le développement d'un bon esprit d'équipe.

Éric – Est-ce que vous avez rencontré des difficultés particulières au cours de ces audits ?

Denise – Je ne sais pas si l'on peut parler de difficultés. Je dirais plutôt que vous nous avez conduits à revoir en partie notre façon de procéder. Chose qui n'a pas toujours été facile.

Tout d'abord, nous n'étions pas habitués à répondre à une consultation avec une spécification de besoin aussi complète et précise, mais surtout qui contienne autant d'exigences. Il faut reconnaître que le plus souvent, c'est nous qui menons le jeu et qui fixons nos exigences suite à une demande formulée par un organisme. Votre appel d'offres nous a fait prendre concrètement conscience de ce que nous étions des fournisseurs et que, en tant que tel, nous devions nous adapter à vos besoins. Mais le plus important est certainement la façon dont les uns et les autres nous avez obligés à préciser nos matrices de mesure de l'efficacité des systèmes pour prendre en compte les particularités de vos métiers. Nous avons ainsi découvert ce que nous imaginions sans pour autant aller au fond des choses, à savoir qu'un travail de préparation commun est extrêmement profitable pour les deux partis.

Maguy – Nous avons bien vu que les rôles étaient partagés au sein de l'équipe d'audit. Pouvez-vous nous dire comment vous avez fonctionné ?

Denise – Ce n'était pas très compliqué, et de ce point de vue nous n'avons pas beaucoup innové. J'ai rempli la fonction classique de responsable d'audit et je me suis surtout attachée à vérifier la conformité par rapport aux exigences des différents référentiels que vous avez à appliquer. Les deux auditeurs qui m'accompagnaient étaient, quant à eux, chargés de vérifier l'efficacité de votre système de management de la qualité.

Éric – Si plus personne n'a de question à vous poser, il ne nous reste plus qu'à vous remercier de ces commentaires. Ils confortent les choix que nous avons faits. Je pense cependant ne pas me tromper en disant que mes camarades et moi-même sommes parfaitement conscients que, pour l'instant, nous n'avons fait que gravir la première marche. Il nous faut maintenant pérenniser nos systèmes et peut-être élargir notre champ d'investigation pour confronter notre pratique à celle d'autres organismes.

Denise – J'ai de mon côté encore beaucoup de choses à faire pour contribuer à l'amélioration de notre processus de certification. Mais j'ai cru comprendre que vous pratiquiez un autre type de compétition ?

Michel – Finalement, la compétition nous réussit assez bien. Je trouve que de se retrouver tous les quatre dans les dix premiers à l'occasion de notre première compétition de golf, ce n'est pas si mal que ça.

Ayant goûté à ce jeu, on n'a pas envie d'en rester là et une place de premier d'ici quelque temps ne me déplairait pas.

Partie IV
Après







Le labyrinthe

« Vous voici en possession de votre diplôme, mais vous n'êtes pas pour autant sortis du labyrinthe. La dernière épreuve que vous ayez à surmonter est certainement la plus importante de toutes. Vous allez devoir faire la preuve de votre volonté de valoriser et de pérenniser tous les acquis que vous avez accumulés lors de la traversée du labyrinthe. Si vous n'êtes pas suffisamment convaincants, votre diplôme vous sera retiré et vous n'aurez plus qu'à tout reprendre au départ si vous tenez à obtenir un diplôme.

Pour que vous réussissiez, nous attendons de vous :

– que vous définissiez comment vous allez valoriser les personnes qui composent l'équipe, et comment vous allez faire en sorte qu'elles restent motivées pour d'autres aventures ;

– que vous nous indiquiez, en tenant compte de votre expérience de la traversée du labyrinthe, quel est le type de management que vous mettrez en œuvre pour poursuivre l'aventure ;

– que, parmi tous les objets que vous avez trouvés dans le coffre au départ du labyrinthe, vous nous indiquiez ceux que vous allez conserver et que vous continuerez à utiliser. »

15

Les suites de l’audit

Avant toute chose, il faut organiser des actions de communication centrées sur le résultat. Cette campagne de communication doit concerner l’interne comme l’externe.

En interne, tout le personnel doit être associé à la réussite. La remise du certificat peut être l’occasion d’une grande réunion mais aussi, et surtout, un moment privilégié pour rassembler les équipes autour de nouveaux objectifs et de nouveaux challenges, pour continuer sur son élan. Et puis il y a surtout l’occasion de faire la fête.

> « J’ai toujours trouvé que savoir marquer le coup, faire la fête quand on a réussi quelque chose, était une excellente façon de donner du punch à une entreprise. »[87]

Le type de communication à faire vers l’extérieur de l’organisme dépend des objectifs qu’il s’était fixé au départ. Mais dans tous les cas, les principaux partenaires doivent en être informés et, le cas échéant, une réception peut être organisée à leur intention.

---

87 Jack Welch, « 22 trucs de big boss », in *Entrepreneurs & Réussites* n° 163, février 2002, p. 31.

Bien sûr, cette information sera aussi transmise au travers des principaux supports utilisés par l'organisme, qu'il s'agisse du papier à lettre ou de tout autre support de communication propre à l'organisme.

15.1 Entretenir la flamme

Le danger est, qu'après l'obtention du certificat, l'organisme, et plus particulièrement la direction de l'organisme, passe à autre chose. Si la tension retombe, si les avancées ne sont pas mises en exergue et si de nouveaux objectifs ne sont pas fixés, il y a alors fort à parier que l'efficacité du système diminuera entre deux campagnes de remise à niveau. La diminution sera d'autant plus forte que l'écart entre deux campagnes sera important. C'est souvent l'approche de l'audit de suivi ou de renouvellement qui déclenche la campagne.

La méthode qui consiste à faire évoluer les choses par campagnes est certainement la plus répandue à ce jour. Ceci vient du fait que la qualité n'est pas un élément totalement intégré dans le fonctionnement de l'organisme, sauf pour ce qui concerne le contrôle, voire le traitement des non-conformités. L'approche processus doit apporter des changements importants à ce niveau, car elle n'est efficace que si la qualité est une préoccupation permanente du management.

Un autre inconvénient de la méthode « campagne » est la quantité d'énergie qu'il faut déployer pour rendre une campagne productive en peu de temps. Les perturbations et les coûts engendrés ne contribuent pas à la consolidation d'une culture qualité dans l'organisme. À l'inverse, un véritable management de la qualité se traduit par l'appropriation de la qualité par chaque individu dans chaque activité et à tout moment. Est-il utopique de tenir de tels propos ? Certainement pas. Il suffit pour s'en convaincre de considérer toutes les évolutions que les organismes ont eu à prendre en compte depuis une trentaine d'années pour constater que les comportements finissent toujours par s'adapter, même si, parfois, cela se fait sous la contrainte.

L'organisme dispose d'un levier important pour faire bouger les choses : l'agressivité de la concurrence et le niveau de qualité de service attendu par les consommateurs et usagers. Il faut bien reconnaître, à la décharge des organismes qui adoptent ce rythme de campagne, que l'on est très vite rattrapé par ce que nous avons coutume d'appeler « le quotidien », en donnant à cette expression un sens tout à fait négatif comme si cela relevait de la fatalité. On a tendance à oublier que l'un des objectifs du management de la qualité est

justement d'organiser ce quotidien pour que tous les acteurs qui y participent y trouvent des raisons de satisfaction.

Le management de et par la qualité se doit de ramener le quotidien à sa juste place pour laisser un espace aussi grand que possible à la créativité et la recherche permanente de l'efficacité et de l'efficience du système. Cette recherche porte sur l'organisation, le fonctionnement, au même titre que sur la qualité des services et des produits. Il ne s'agit pas, comme le font encore beaucoup d'organismes, d'organiser la gestion du système de management de la qualité. Le terme « gestion » correspond bien à la situation de ces organismes pour lesquels l'aspect amélioration permanente est complètement oublié.

> « Gérer : mot en forme de couteau suisse. De faible encombrement, facile à manier, il sert en toute occasion de bricolage managérial. »[88]

Les progrès ne seront continus que si l'on se donne les moyens de motiver le personnel. Mais comment motiver des personnes si on ne leur offre aucune perspective ? Les directions des ressources humaines sont là pour apporter des réponses à cette question. Mais le plus souvent, ce sont des réponses qui concernent la motivation individuelle. Or, il en va de la motivation comme de beaucoup de choses : ce n'est pas en additionnant les motivations individuelles que l'on crée une motivation collective. La pratique des motivations individuelles peut, au contraire, être la cause de conflits.

Comment sy prendre pour entretenir la flamme ?

Il faut faire en sorte que toutes les causes de rejet soient éliminées, à commencer par le formalisme excessif qui se traduit la plupart du temps par un volume trop important de papier.

15.2 Les facteurs d'échec

Ils sont nombreux et résultent pour la plupart d'un concept qualité mal compris. Il faut cependant considérer deux types d'échecs :

- l'échec à l'examen parce que l'organisme ne s'est pas suffisamment préparé ;
- l'échec qui résulte de ce que le management de la qualité n'a été considéré que comme un moyen pour obtenir le certificat.

---

88 Marie-Anne Dujarier, *Il faut réduire les affectifs – Petit lexique de management*, Mots et Cie, 2001.

Si le premier cas peut être assimilé à un accident de parcours, le second sera plus difficile à surmonter, car il se traduit dans la majorité des cas par une démobilisation du personnel et surtout une perte de confiance. « On s'est déménés comme des beaux diables pendant plus d'un an pour obtenir un bout de papier, et rien n'a changé dans notre quotidien » : voilà le genre de réflexion qui circule alors dans les couloirs de l'organisme.

Retenons trois des principales causes d'échec.

15.2.1 L'excès de formalisme

Il résulte le plus souvent de ce que l'on peut appeler « la culture du parapluie ». La recherche de la protection, et trop souvent de la surprotection, conduit immanquablement à produire des preuves donc du papier et, pour que le papier ait une valeur, des signatures.

L'excès de formalisme est aussi l'un des défauts majeurs d'une certaine catégorie de qualiticiens : celle qui considère que toute action doit être décrite dans ses moindres détails. L'idée sous-jacente est qu'à partir d'une description, les contrôles et les vérifications sont plus faciles à réaliser.

Il faut craindre à ce propos que les auditeurs continuent à réclamer du formalisme et des documents qui leur facilitent la tâche. Cela serait contraire à l'esprit de la norme ISO 9001 (2008) qui exige peu de procédures et qui prône la pratique de la mesure d'efficacité.

Mais il est aussi très facile d'introduire une bonne dose de formalisme dans tout ce qui a trait à la gestion de la qualité, et à l'application des outils et des méthodes de la qualité.

Exemples de formalisme à proscrire

– Halte aux quatre, cinq, six ou plus signatures sur le même document ou sur le même formulaire. Les signatures d'une cascade hiérarchique ne servent qu'à déresponsabiliser et décrédibiliser les premiers signataires – qui se disent que, de toute façon, c'est le dernier signataire qui est responsable, il n'a qu'à faire les vérifications qui s'imposent – ou les derniers – qui se disent que les trois premiers ont déjà dû tout examiner et qu'il est donc inutile d'ouvrir le document qu'on leur soumet.

- Traiter toutes les modifications sans aucune modulation du processus en fonction de leur importance. Pourquoi ne pas mettre en œuvre, au niveau de la maîtrise des modifications du produit ou du système, des modalités de traitement plus ou moins contraignantes en fonction de critères simples qui permettent de distinguer une correction d'une adaptation ou d'une véritable modification ?
- Pendant des années, et aujourd'hui encore, des « spécialistes » ont suggéré sinon imposé un certain formalisme pour la rédaction des procédures et des manuels. En prenant un peu de recul, on constate que ces bons conseils nous ont conduit dans beaucoup de cas à des procédures de dix pages ou plus, dans lesquelles le texte utile ne dépassait pas deux ou trois pages ; le reste correspondant à du pur formalisme (page de garde, objet, domaine d'application, références, etc.). Gérer les références croisées dans les procédures coûte très cher ; pourquoi ne pas gérer un tableau à part, ce qui éviterait d'avoir à changer plusieurs procédures pour un simple changement de référence ? Arrive-t-il souvent que l'objet de la procédure soit différent de son titre ?

15.2.2 Une documentation inadaptée

Si tout le monde a parfaitement compris qu'une documentation trop volumineuse nuit au bon fonctionnement d'un système de management de la qualité, beaucoup sont tombés dans l'excès inverse, à savoir décrire le système dans une documentation réduite à sa plus simple expression et qui, par conséquent, ne sert plus à grand-chose. Je me suis laissé dire que certains formateurs vont jusqu'à conseiller d'avoir un manuel de management de la qualité de quatre à cinq pages.

Ce que l'on oublie trop souvent de faire avant de se lancer dans la rédaction d'un manuel, par exemple, c'est de tout simplement se poser la question : à quoi doit servir ce document ?

S'il est écrit pour faire croire que l'on a répondu à une exigence de la norme, alors le conseilleur qui propose d'en faire le moins possible a tout à fait raison ; de toute façon, ce document ne servira à personne.

Si, à l'inverse, on souhaite pouvoir utiliser le manuel comme support pour transmettre aux clients des informations concernant le système de management de l'organisme, alors le contenu et le volume du manuel doivent être adaptés à ce besoin spécifique.

Mais quand on parle de documentation inadaptée, il ne faut pas s'arrêter aux documents qui décrivent le système de management de la qualité. Pensons aussi aux formulaires qui, en dehors du fait qu'ils sont parfois trop compliqués par rapport à l'usage que l'on veut en faire, font l'objet d'une procédure, d'une note de fonctionnement ou d'instructions décrivant la manière de les remplir et de les utiliser. Pourquoi la qualité ne réussirait-elle pas à faire ce que les services publics ont mis en œuvre depuis plusieurs années : des formulaires autoportants ?

15.2.3 Un système de management de la qualité déconnecté de l'opérationnel

Il arrive que le système de la qualité ait été défini de façon tout à fait théorique à partir d'une interprétation de la norme. Le vocabulaire utilisé n'est alors pas toujours compris par le personnel de l'organisme. Par ailleurs, l'organisation de cette documentation, si elle est calquée sur l'organisation de la norme, sera difficile à interpréter par quelqu'un qui n'a pas eu une formation adaptée. Comment retrouver ma fonction et les différentes étapes de mon travail à travers cet enchevêtrement de documents ?

Il faut, en outre, veiller à ce que cette incompréhension et ce décalage avec le besoin opérationnel ne soient pas amplifiés par le système de gestion de la qualité. Il n'est pas rare de constater au sein d'un organisme que le système de gestion de la qualité est organisé pour fonctionner en vase clos. Les décisions sont prises en comité restreint sur la base de rapports qui ont été largement édulcorés par les niveaux hiérarchiques successifs. La direction se préoccupe beaucoup plus du maintien en conformité du système avec la norme que de son adéquation avec le fonctionnement opérationnel de l'organisme.

Autre élément souvent constaté de déconnexion entre le système de management de la qualité et le quotidien : les urgences. Après l'obtention du certificat, la grande majorité du personnel va retourner à ses chers travaux et se remettre à gérer les urgences. Il est relativement rare que la notion d'urgence soit prise en compte dans la description du système de management de la qualité, ceci parce que l'urgence est considérée par beaucoup de qualiticiens comme une situation anormale. Il ne reste plus dans ces conditions qu'à attendre la prochaine visite de l'organisme certificateur pour lancer quelques mois avant son arrivée une nouvelle campagne de mise à niveau du système de management de la qualité.

15.3 Les facteurs de réussite

Il faut mettre en place un suivi de l'appropriation de la démarche.

> « Évaluer, pour moi, c'est comme respirer. Dans une méritocratie, rien n'est plus important. »[89]

Il est important à ce niveau de vérifier que la culture qualité est implantée de façon durable. Il s'agit de déterminer les facteurs clés de succès et les modalités qui ont permis la réussite ou entraîné un traitement efficace des dysfonctionnements.

15.3.1 La qualité est un des rouages du fonctionnement normal

Il faut dépasser le stade du papier pour espérer que la qualité soit un facteur permanent de l'activité d'un organisme. Si, pour obtenir le certificat, l'organisme s'est appliqué à faire en sorte que la qualité soit prise en compte concrètement au niveau des tâches, des processus et du management, alors la qualité est en bonne voie pour constituer un élément essentiel de sa culture.

Si, de plus, la mise en œuvre d'un système de management de la qualité est accompagnée par la responsabilisation de chaque individu à son poste de travail pour accomplir sa tâche, mais aussi pour participer activement au bon fonctionnement des processus, alors la qualité sera ancrée dans le fonctionnement normal de l'organisme.

Il faut qu'à tous les niveaux de l'organisme, une personne se sente responsable de faire évoluer le système pour en retirer le meilleur parti, à la fois pour l'organisme et à titre personnel.

15.3.2 Le management par la qualité

Le passage du management de la qualité au management par la qualité se fait tout naturellement. Ayant atteint un niveau qualité a priori satisfaisant puisque la certification a été obtenue, il devient une évidence pour le management de devoir capitaliser les acquis et faire fructifier ce capital.

---

[89] Jack Welch, « 22 trucs de big boss », in *Entrepreneurs & Réussites* n° 163, février 2002, p. 32.

La capitalisation passe par un examen critique des acquis pour bien distinguer ce qui peut ou doit encore évoluer de ce qui a atteint un niveau de maturité considéré comme suffisant au moment où l'examen est réalisé.

La direction dégage ainsi des axes de progrès qui vont constituer les axes directeurs du management. Les axes de progrès visent à l'amélioration de la qualité des produits et des services, mais aussi à l'amélioration de l'efficacité, voire de l'efficience, des processus. Atteindre les objectifs ainsi fixés passera dans la plupart des cas par une évolution de l'organisation, par des modifications des processus donc des ressources qui leur sont affectées, par des changements dans la définition des fonctions et des responsabilités. Ces évolutions potentielles sont à prendre en compte dans la définition de la politique et de la stratégie de l'organisme, et en conséquence de ses objectifs. On retrouve ainsi tous les ingrédients du management d'un organisme.

15.3.3 La valorisation des acquis

Rien ne peut se faire de concret et de pérenne sans une adhésion forte du personnel à la démarche. Pour obtenir cette adhésion, un des meilleurs moyens est de faire ressortir et de mettre en exergue toutes les améliorations qui se sont traduites par de meilleures conditions de travail, et surtout par une valorisation des fonctions.

L'adhésion du personnel étant supposée acquise, il faut faire en sorte que tous les changements auxquels la mise en œuvre d'un système de management de la qualité a conduit soient placés dans un contexte d'amélioration permanente : « Nous avons progressé mais, compte tenu des progrès accomplis, nous constatons que nous pouvons faire encore mieux. » Ceci ne s'obtient que si les progrès sont valorisés sous une forme ou sous une autre : satisfecit, espèces sonnantes, communication, etc.

16

Les visites de surveillance et le renouvellement du certificat

C'est un des points délicats dont ni les entreprises, ni les organismes certificateurs n'ont apparemment pris toute la mesure. Le problème n'est plus de s'assurer qu'il n'y a pas eu de dégradation du système de management de la qualité, mais au contraire que ce système s'est amélioré. La question est de savoir sur quelles bases objectives l'auditeur va pouvoir évaluer le niveau des améliorations et porter un jugement sur ce niveau : suffisant ou pas.

La réponse pourrait être que l'organisme doit se fixer des objectifs. Il suffirait alors à l'auditeur de vérifier que les objectifs ont été atteints, mais ce serait ignorer deux éléments essentiels : Quelle est la validité des objectifs fixés ? Ont-ils vraiment un sens ? Et en admettant que ce soit le cas, comment tenir compte des contraintes externes qui peuvent avoir fait que certains objectifs n'aient pas pu être atteints ?

L'organisme certifié ne doit pas, quant à lui, s'endormir sur ses lauriers et faire ce que font les organismes qui se font certifier sans véritable objectif : attendre la veille ou l'avant-veille de l'audit de surveillance ou de renouvellement pour dépoussiérer le système. Cela peut marcher, mais cela peut aussi avoir des conséquences très négatives sur l'image de l'organisme.

16.1 Le point de vue de l'organisme audité

Plaçons-nous dans le cas favorable où l'organisme audité pratique le management par la qualité et ne procède donc pas par campagne en ce qui concerne la mise à niveau de son système de management de la qualité et la vérification de la bonne application de ce système.

Les audits de surveillance vont permettre à un tel organisme d'avoir régulièrement un avis externe, ce qui contribue dans bien des cas à éviter la routine. Certaines tâches sont accomplies depuis tant d'années dans les mêmes conditions qu'il ne viendrait pas à l'idée de ceux qui en ont la charge de les remettre en question. L'œil externe peut plus facilement faire part de ses doutes quant à l'efficacité de certaines de ces tâches.

L'audit de renouvellement du certificat est une occasion privilégiée pour mesurer les progrès accomplis grâce au système d'amélioration permanente mis en œuvre dans l'organisme. Bien sûr, ce ne doit pas être la seule occasion d'effectuer cette mesure. Mais souvent, les mesures faites en interne tiennent compte de paramètres qui peuvent sinon les fausser du moins les entacher de quelques doutes concernant leur totale fiabilité. L'autocontrôle est une très bonne chose à condition que, de temps en temps, des contrôles indépendants soient effectués.

Pour que l'audit de renouvellement du certificat lui soit totalement profitable, il faut que l'organisme qui demande ce renouvellement prenne des dispositions analogues à celles qu'il avait prises pour l'audit initial :

- Établissement d'un cahier des charges en vue de lancer un appel d'offres pour la réalisation de l'audit. Mais la meilleure solution est de reconduire l'équipe d'audit qui a fait l'audit initial, à condition que cela soit possible contractuellement et que la première prestation ait donné satisfaction. Le responsable d'audit pourra ainsi mieux mesurer les progrès accomplis. Cependant, trois années plus tard, un changement d'équipe d'audit évitera les risques du terrain connu, où l'on ne voit plus certaines évidences.
- Parmi les critères de choix de l'organisme et des auditeurs, leur compétence en matière d'évaluation de l'efficacité des systèmes doit être, à ce stade, celui auquel un poids maximum est attribué.
- C'est l'occasion de faire un bilan complet des progrès accomplis et du reste à faire pour atteindre l'excellence.
- Quant au déroulement de l'audit, ce ne doit être pour l'organisme qu'une simple formalité.

16.2 Le point de vue de l'organisme de certification

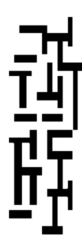
Les organismes se trompent totalement s'ils pensent qu'un audit de surveillance relève du simple contrôle ou que l'audit de renouvellement n'est qu'un audit de certification de plus. Si ces organismes sont et restent dans cet état d'esprit, il faut s'attendre à ce que la certification des systèmes perde une grande partie de son intérêt. C'est ce que montrent les statistiques et surtout le constat que l'on peut faire sur le terrain.

En effet, si un premier audit apporte à coup sûr quelque chose à un organisme, l'organisme est en droit de se demander ce que les audits suivants peuvent bien lui apporter. Soit l'organisme a fait tout ce qu'il fallait pour avoir un système qualité répondant aux exigences de la norme et a mis correctement en œuvre ce système, soit il n'a rien fait de particulier, et dans les deux cas la valeur ajoutée d'un simple audit de conformité reste à démontrer.

Il va donc falloir que les organismes de certification s'évertuent à valoriser leur rôle. Cela peut se faire en mettant en exergue deux exigences de la norme ISO 9001 version 2008 :

- la mesure de l'efficacité des systèmes. Même si d'ores et déjà des méthodes ont été élaborées, il reste encore beaucoup à faire pour passer à la pratique avec des outils performants.
- l'approche processus. Les organismes doivent échapper au piège qui consisterait à ne se préoccuper, dans ce domaine, que du formalisme qui, d'ailleurs, n'est pas codifié. L'analyse des processus et les dispositions prises pour en améliorer l'efficacité doivent constituer un point central des modalités de renouvellement des certifications.

On voit alors à travers ces deux points que, au-delà d'un questionnaire standard tel que présenté dans une fiche technique, l'organisme de certification doit revoir ses méthodes de travail pour pouvoir adapter son questionnaire standard, non seulement en fonction des particularités de l'organisme à auditer, mais aussi en tenant compte de la situation constatée lors de l'audit précédent ; ceci en termes d'évolution de l'efficacité système et processus.



Le labyrinthe

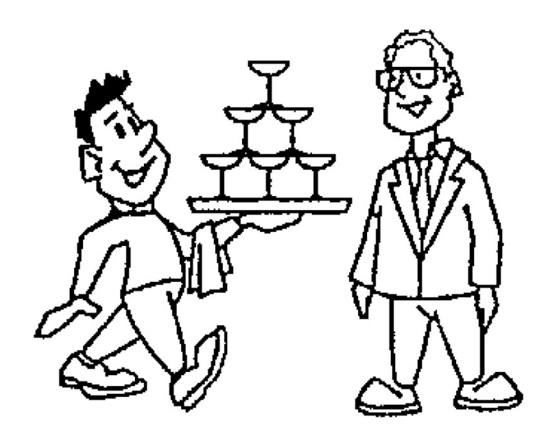
« Vous voici arrivés à la sortie. Nous allons pouvoir fêter votre réussite, car je vois que vous avez été suffisamment prévoyants pour prendre une bouteille de champagne dans le coffre à l'entrée du labyrinthe.

Moi qui vous ai suivi depuis le départ, je dois dire que je vous trouve profondément changés. J'ai l'impression d'avoir une toute autre équipe en face de moi. Vous aimeriez savoir si vous avez changé en mieux ou pas ? Et bien devinez ! Ou plutôt, pour le savoir de façon objective, mesurez par quelques tests l'efficacité de votre équipe et comparez le résultat à votre niveau d'efficacité lorsque vous vous êtes présentés à la première épreuve. Vous aurez alors une bonne partie de la réponse.

Bonne chance et à dans trois ans pour un nouveau parcours complet, nous pourrons à cette occasion évaluer vos progrès.

Vous voici maintenant dotés des moyens d'appliquer votre politique et votre stratégie dans les meilleures conditions possibles. Vous avez devancé vos concurrents mais vous devez rester prudents car il existe d'autres challenges que ce labyrinthe, et je sais que l'on se bouscule un peu pour pouvoir y participer. Quoi qu'il en soit, je pense que vous n'attendrez pas longtemps pour vous mettre sur les rangs pour une nouvelle aventure. »

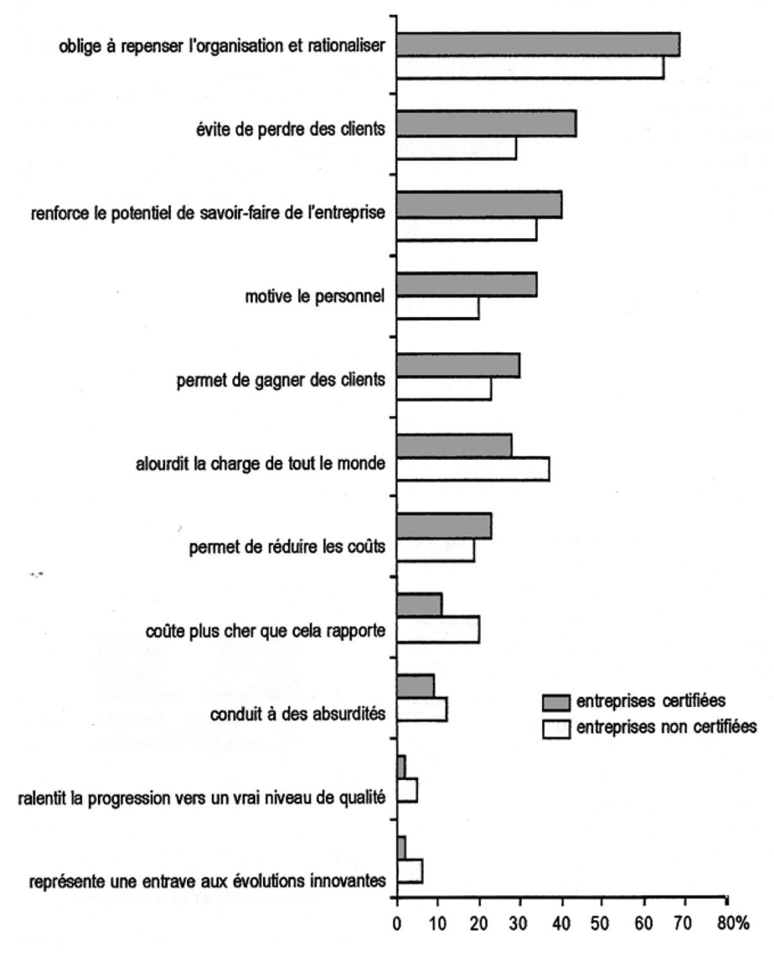
Conclusion



Pour qu'une certification soit réussie, il est indispensable que chaque collaborateur se considère comme un acteur ayant un rôle à jouer en tenant compte de ce que la pièce n'aura un sens que si le jeu est collectif.

Chaque individu doit pouvoir apporter sa propre contribution en mettant en œuvre ses compétences. Mais tout ceci ne fonctionnera que si, au bout du compte, le metteur en scène (la direction) décide et assume ses décisions.

La certification n'est qu'une des composantes d'un management de la qualité. Comme toute démarche d'amélioration de la qualité, une démarche de certification a des effets positifs sur la rentabilité et la productivité de l'organisme.



Avantages et inconvénients d'une certification[90]

90 Claire Bessède (SQUALPI), « La qualité : une démarche pour répondre aux attentes du client », in *Les 4 pages des statistiques industrielles* n° 138, SESSI, octobre 2000.

> « À la différence des années 1990, nous sommes en mesure de répondre à 95 % de nos engagements vis-à-vis de nos clients. Cette évolution s'est accompagnée d'une baisse de nos prix et d'une stabilité de nos marges. La certification nous a permis d'augmenter la qualité de service tout en réorganisant complètement la structure de l'entreprise désormais tournée vers le client final. »[91]

Mais était-il indispensable de passer par la certification pour obtenir ce résultat ? Certainement pas. Le certificat représente tout simplement un but à atteindre et, constituant un objectif concret, il est très bien perçu et compris par l'ensemble du personnel. Avoir un but de ce type rend plus facile l'appropriation de la démarche qualité par les différents acteurs de l'organisme.

Dans de nombreux cas, la certification a permis d'améliorer l'organisation et le fonctionnement interne de l'organisme. Cela sera encore plus vrai avec la mise en œuvre d'une approche processus. Paradoxalement, elle a plus rarement des effets bénéfiques directs sur la qualité du produit ou du service. Mais à la réflexion, nous savons bien que c'est essentiellement au niveau des modes opératoires et des contrôles que l'on obtient le meilleur de la qualité des produits. Or, ce sont des règles qui sont en place depuis de nombreuses années.

---

[91] Olivier Bouygues, « Les démarches de certification ont complètement modifié le management de notre entreprise », in *Qualité références*, avril 2001, page 41.



Le défi

Point de départ + 18 mois

Maguy – C'est probablement notre dernier rendez-vous à propos de notre défi. J'espère néanmoins que nous continuerons à nous voir, ne serait-ce que pour échanger sur nos différentes expériences du management de la qualité et sûrement pour nous affronter sur un terrain de golf.

Nous étions convenus de désigner un vainqueur, mais à mon avis, la façon dont nous avons procédé ne permet pas de nous départager facilement, car nous avons été certifiés simultanément en utilisant des méthodes très proches. Quant au critère du coût, qui pourrait nous départager, il n'est pas très significatif et serait difficile à appliquer, car il aurait fallu évaluer les situations de départ de chacun de nos organismes.

Thierry – De toute façon, nous pouvons tous nous considérer comme gagnants. Il suffit pour s'en convaincre de voir le chemin parcouru et les progrès accomplis en si peu de temps par nos organismes. En ce qui concerne ma société, le changement est profond et nous avons bien compris qu'il ne faut surtout pas relâcher la mobilisation. Nous avons d'ailleurs mis en route un nouveau programme d'amélioration. Nous devenons très exigeants et je dois reconnaître que nos clients en sont de plus en plus satisfaits.

Compte tenu de la nature de notre personnel qui, pour les formations que nous dispensons, est en majorité du personnel vacataire, nous devons veiller à faire en sorte que l'enthousiasme ne retombe pas. Chacun doit être convaincu que des progrès sont encore possibles. C'est pourquoi nous nous sommes organisés pour que chacun puisse contribuer en permanence à l'amélioration de notre système de management de la qualité.

Maguy – Nous avons fait de même dans mon établissement et pour bien faire passer le message, nous avons lancé une importante campagne de communication à la fois pour valoriser le travail accompli, mais aussi pour motiver et mobiliser notre personnel. Cette campagne est construite sur la base d'idées d'amélioration proposées par le personnel.

Éric – J'avoue ne pas avoir encore totalement mesuré ce que la mise en place d'un système de management de la qualité nous a apporté. Je ne suis d'ailleurs pas le seul au laboratoire à ne pas en croire mes yeux. Non seulement les rapports entre chercheurs ont évolué vers plus de coopération, mais en plus nous commençons à obtenir des résultats importants en matière de recherche. Nos communications ont augmenté de 25 % par rapport à l'an dernier et nos publications de 40 %. Ceci est dû pour l'essentiel à une plus grande rigueur dans la préparation de nos expériences, et à un travail d'équipe pour l'exploitation des résultats.

Vous pensez bien que, compte tenu des résultats obtenus, une fête s'imposait. Cette fête s'est déroulée en deux temps, avec tout d'abord une journée portes ouvertes que nous avons voulue très festive. Nous avons mis au point des expériences simples pour bien faire comprendre à nos visiteurs en quoi consistent nos recherches, et un certain nombre d'expériences sous forme de jeux à l'intention des enfants. Puis le temps fort a été une soirée où nous nous sommes retrouvés avec nos familles pour dîner, danser et assister à un spectacle dans un cadre magnifique. Au-delà de cette fiesta très conviviale, je suis persuadé que chacun ressentait beaucoup de satisfaction, voire de fierté, quant aux résultats obtenus en si peu de temps.

Je pense que pour quelque temps encore, je ne devrais pas avoir trop de mal à maintenir une forte mobilisation de tous autour des progrès qu'il nous reste à accomplir.

Michel – Je constate avec plaisir que nous avons tous considéré qu'il fallait poursuivre nos efforts. Pour ma part, outre les opérations de communication qui ont bien sûr concerné le personnel de l'entreprise, nous avons lancé un certain nombre d'actions vers nos fournisseurs et vers nos clients.

Par ailleurs, pas plus tard qu'hier, nous avons pris la décision en revue de direction de nous préparer à une autoévaluation selon le modèle EFQM. Notre objectif est d'avoir un premier résultat dans huit mois. En fonction de ce résultat, nous serons alors à même de nous fixer un objectif de date pour nous présenter au prix européen de la qualité.

Cela serait amusant de nous lancer un nouveau défi sur ce thème, non ? Le challenge pourrait être d'atteindre le premier les 600 points sur 1 000.

Éric – Ok pour moi. Sous réserve que le modèle soit adapté à un laboratoire. Mais je suis sûr que si cela n'est pas le cas, nous nous débrouillerons bien pour mettre au point une grille d'évaluation qui me convienne.

Maguy – Pas de problème non plus pour moi. Je vais lancer cette nouvelle idée au sein de mon établissement.

Thierry – Il ne me reste plus qu'à suivre si je ne veux pas passer pour un dégonflé ! Ceci étant, je suis tout à fait convaincu de l'intérêt de ce nouveau défi.

Mais assez discutaillé, il est grand temps d'aller se présenter au départ de notre nouvelle compétition de golf.

Fiches pratiques

Certaines de ces fiches ne donnent pas des méthodes pour traiter les sujets qui y sont abordés. Ce sont des exemples réels d'application des sujets concernés dont on peut s'inspirer pour une nouvelle application.

Table des fiches

1 Qualification des auditeurs qualité internes

Exemple de prescription pour une entreprise industrielle

Sommaire de la fiche

Avant d'être qualifié auditeur ou responsable d'audit de systèmes de management de la qualité, un candidat doit remplir les conditions définies ci-après.

1.1 Niveau d'instruction et d'expérience

Un nombre de points est attribué au candidat en fonction de son niveau d'instruction et de son expérience. Le nombre de points ainsi totalisé ne doit pas être inférieur à 10 pour un responsable d'audit, et à 5 pour un auditeur.

1.1.1 Niveau d'instruction

Pour la qualification des responsables d'audit et des auditeurs, le nombre de points attribués au niveau d'instruction n'excédera pas 4, en appliquant la règle définie dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1.1 Barème des points concernant le niveau d'instruction

<table>
<tr><th colspan="3"></th><th>Auditeur</th><th>Responsable d'audit</th></tr>
<tr><td colspan="3">CAP</td><td>1</td><td>XXX</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Baccalauréat technique ou diplôme équivalent</td><td colspan="2">discipline scientifique</td><td>2</td><td>XXX</td></tr>
<tr><td colspan="2">discipline non scientifique</td><td>1</td><td>XXX</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Diplôme d'école ou d'université</td><td rowspan="2">au moins 2 ans d'études</td><td>discipline scientifique</td><td>3</td><td>2</td></tr>
<tr><td>discipline non scientifique</td><td>2</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">au moins 4 ans d'études</td><td>discipline scientifique</td><td>4</td><td>3</td></tr>
<tr><td>discipline non scientifique</td><td>3</td><td>2</td></tr>
<tr><td colspan="5">Nota 1 : Les points exprimés dans le tableau ci-dessus ne sont pas cumulables.
Nota 2 : Thèse, doctorat, diplôme supérieur de spécialisation dans une discipline scientifique : attribution d'un point supplémentaire.</td></tr>
</table>

1.1.2 Expérience

Le candidat pourra cumuler des points en fonction de son expérience industrielle et de son expérience dans une spécialité, si elle est supérieure à deux ans.

Les points attribués au titre de l'expérience ne doivent pas excéder 9 pour les responsables d'audit et 5 pour les auditeurs.

- Expérience industrielle : 1 point par année d'ancienneté, avec un maximum de 5 points pour les responsables d'audit et de 4 points pour les auditeurs.
- Expérience spécialisée : dans la branche industrielle à laquelle appartient, l'organisme (1 point), dans le management de la qualité (2 points), dans l'audit qualité (3 points).

1.2 Prérogative du responsable qualité

Le responsable qualité peut attribuer au candidat un maximum de 2 points supplémentaires. Ces points sont fonction de l'appréciation du responsable hiérarchique du candidat : aspects de la personnalité du candidat liés à la fonction d'auditeur, comme par exemple l'aptitude à l'encadrement, l'esprit d'analyse, la maturité, la justesse de jugement, la ténacité, etc.

1.3 Aptitude à la communication

Le candidat doit être apte à la communication verbale et écrite dans la langue requise pour les audits. La signature du certificat de qualification atteste de cette aptitude.

1.4 Formation spécifique

Le candidat doit avoir suivi la formation nécessaire pour acquérir la compétence voulue dans la réalisation des audits.

Cette formation comprend les aspects suivants :

- connaissance et compréhension des normes ISO de la série 9000 ;
- connaissance de la structure générale d'un système qualité et de ses différents aspects ;
- technique de l'audit, observation, mise en cause, évaluation et rapport, méthodes de mise en évidence et de suivi des points nécessitant une action ;
- préparation d'audits dans des domaines spécifiques tels que : les études, les achats, la fabrication, la manutention, mais aussi la formation, le développement des logiciel, la vente, etc. ;
- la formation aux normes, aux systèmes qualité, et aux techniques de préparation et d'exécution des audits doit être assurée par la participation à des cours agréés par la direction qualité, et sanctionnés par un examen.

1.5 Participation à des audits

Le candidat auditeur devra avoir assisté, en tant qu'observateur, à deux audits dans l'année précédant la date de qualification.

Le candidat responsable d'audit devra avoir participé à cinq audits dans les trois années précédant la date de qualification, dont un audit dans l'année précédente.

1.6 Reconduction de la qualification

La qualification des responsables d'audits et des auditeurs est remise en cause au moins annuellement par la direction qualité. Celle-ci doit constituer un dossier justificatif de reconduction.

La reconduction est prononcée :

– soit sur la base d'activités justifiant du maintien des compétences concernant le management de la qualité et les techniques d'audit telles que : étude et analyse de textes de référence, participation à des actions de formation, évaluation de systèmes qualité ;
– soit sur la base de la participation aux activités d'audits à raison d'au moins un audit dans l'année écoulée (deux recommandés) avec un minimum de quatre audits sur trois années.

Un responsable d'audit qui ne participe à aucun audit pendant une période de deux ans doit être soumis à un nouveau test portant sur ses connaissances et réaliser un audit en tant qu'auditeur pour que sa qualification soit reconduite.

Un auditeur qui ne participe à aucun audit pendant deux ans doit être soumis à un nouveau test portant sur ses connaissances pour que sa qualification soit reconduite.

1.7 Composition du dossier de qualification

Outre une fiche de renseignements confidentielle qui résume la formation et l'expérience du candidat auditeur ou responsable d'audit, le dossier devra comprendre les deux fiches suivantes dûment remplies et tenues à jour.

Tableau 1.2 Fiche de qualification

<table>
<tr><th colspan="3">Qualification des responsables d'audits
Qualification des auditeurs</th></tr>
<tr><td colspan="3">Nom :
Service :</td></tr>
<tr><td colspan="3">Décompte des points pour la qualification :</td></tr>
<tr><td colspan="2">– Niveau d'instruction (maximum 4)
– Expérience (maximum 9 ou 5)
– Autres compétences professionnelles (maximum 2)
– Prérogatives du responsable qualité (maximum 2)
Total</td><td>.................
....
....
.................</td></tr>
<tr><td colspan="3">Aptitude à la communication écrite et orale</td></tr>
<tr><td colspan="3">Participation à des formations :
– Management de la qualité
Date :
– Techniques et préparation d'audits
Date :

Réussite à l'examen :
Date :
Note :</td></tr>
<tr><td>Participation à des audits :
Audits validés</td><td>Lieu</td><td>Date</td></tr>
<tr><td>– 1
– 2
– 3
– 4
– 5</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Qualification prononcée
Le :
Jusqu'au :</td></tr>
<tr><td colspan="3">Le responsable qualité
Nom :
Date :
Visa :</td></tr>
</table>

Tableau 1.3 Fiche de reconduction de qualification

Reconduction de qualification			
Nom : Service :			
Année : Dossier établi par :	***Audits*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Dates*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Reconduction*** Le : Jusqu'au : Le responsable qualité :
Année : Dossier établi par :	***Audits*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Dates*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Reconduction*** Le : Jusqu'au : Le responsable qualité :
Année : Dossier établi par :	***Audits*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Dates*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Reconduction*** Le : Jusqu'au : Le responsable qualité :
Année : Dossier établi par :	***Audits*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Dates*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Reconduction*** Le : Jusqu'au : Le responsable qualité :
Année : Dossier établi par :	***Audits*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Dates*** 1- 2- 3- 4- 5-	***Reconduction*** Le : Jusqu'au : Le responsable qualité :

2 Qualification du personnel exerçant la fonction de contrôleur de montage

Sommaire de la fiche

2.1 Principes généraux

● Objectif de la fonction de contrôle

Vérifier qu'une opération de montage ou de contrôle a été exécutée conformément aux documents applicables et que les résultats observés satisfont aux critères spécifiés dans ces documents. Les résultats de la vérification sont consignés sur un procès-verbal (si requis) et le plan qualité correspondant est renseigné.

Les contrôleurs peuvent exercer leur fonction dans les spécialités suivantes :

- mécanique (équipements, chaudronnerie, tuyauterie…) ;
- électricité (équipements, câblages, instrumentation…).

● Qualification d'un contrôleur

La qualification est basée sur :

- le niveau d'instruction ;
- les connaissances techniques ;
- les connaissances en matière de système de management de la qualité et de qualité produit ;
- l'aptitude physique.

● **Domaines examinés pour la qualification**

Formation de base et complémentaire

On entend par formation de base, la formation scolaire et les diplômes obtenus (CAP, BT, BTS, IUT ou leurs équivalents). La formation complémentaire est celle qui a été dispensée en cours de carrière. Elle n'est pas forcément sanctionnée par un diplôme.

2.2 Expérience industrielle

Par expérience industrielle, on entend l'expérience acquise lors de la participation effective aux phases d'études, de construction (fabrication ou montage), de mise en service, d'exploitation ou encore de maintenance d'équipements ou de toute installation industrielle.

● **Exigences en matière de niveau d'instruction et d'expérience**

L'expérience à considérer est celle acquise lors de l'exécution d'activités de contrôle équivalentes à celles pour lesquelles la qualification est envisagée.

Les valeurs données dans le tableau ci-après sont indicatives et ne doivent pas être considérées comme impératives lorsque d'autres éléments donnent l'assurance suffisante que l'agent a la compétence requise pour accomplir une tâche définie.

NIVEAU D'INSTRUCTION	EXPÉRIENCE
	2 ans
Bac technologique – BEP	6 mois
Ingénieur – BTS – DUT	3 mois

● **Connaissances pratiques dans la spécialité**

Connaissances pratiques de contrôle de montage en usine ou sur site dans la spécialité concernée.

Aptitude à :

– utiliser le matériel spécifique pour exercer la fonction ;

– analyser les résultats et rédiger un rapport.

- **Connaissances en matière de qualité**

Connaissance des documents suivants et de leur application :

- plan qualité ;
- rapport de fin de fabrication, constat et fiche d'observation ;
- traitement des non-conformités ;
- traitement des événements anormaux.

La vérification des connaissances relatives à la qualité est effectuée au cours d'un entretien conduit par la responsable qualité de l'usine ou du site.

- **Aptitude physique**

L'aptitude physique concerne uniquement l'acuité visuelle qui est vérifiée lors de la visite médicale annuelle. Le médecin délivre, à la demande de l'agent, un certificat médical spécifique qui constituera une des pièces du dossier de qualification.

2.3 Réévaluation

La réévaluation de la qualification est réalisée *a minima* tous les deux ans.

Cette réévaluation doit se fonder sur la démonstration de la pratique continue et satisfaisante de ces activités ou faire appel à une nouvelle démonstration de la compétence.

Si le responsable du montage détermine lors d'une telle évaluation, ou à tout autre moment, que la compétence d'un agent ne répond plus aux exigences de qualification requise pour le travail à exécuter, l'agent ne doit plus exécuter un tel travail tant qu'il n'a pas démontré qu'il possède la compétence nécessaire.

Tout agent qui n'exerce pas, pendant un an, des activités de contrôle pour lesquelles il a été qualifié doit être soumis à une nouvelle évaluation pour s'assurer qu'il a la compétence requise.

3 Exemples de manuels (organismes des golfeurs)

Sommaire de la fiche

3.1 Préambule

Il ne peut exister de manuel standard de management de la qualité, car un tel document doit refléter à la fois la culture de l'organisme et sa politique en matière de management de la qualité pour une période donnée. On peut simplement parler de modèles dont on se sert pour s'assurer que l'on n'a rien oublié, ou mieux encore pour en tirer des idées de présentation, et pourquoi pas une façon de répondre à une exigence de la norme.

Les exemples donnés ici, répondent aux exigences de la norme ISO 9001 version 2008. Ces exemples pourraient correspondre aux manuels établis par les organismes de nos quatre golfeurs. La présentation de ces exemples a pour objectifs :

– De démontrer qu'il n'est pas forcément compliqué de mettre en œuvre un système de management de la qualité. Il suffit, dans bien des cas, de ne pas vouloir s'acharner à répondre à des exigences qui ne sont pas applicables au cas traité et de ne pas aller chercher des solutions inadaptées pour répondre à une exigence ;
– De rappeler que la norme n'impose pas un sommaire particulier pour le manuel. C'est à l'organisme de choisir le plan qui lui convient le mieux ;

– D'inciter les organismes à imaginer des réponses aux exigences qui leur facilitent la vie. Pourquoi s'imposer une solution préconisée par le plus grand nombre si elle se révèle être moins efficiente que d'autres. Citons, pour illustrer ce propos, l'exigence relative à la documentation de la politique et des objectifs : « l'expression documentée de la politique qualité et des objectifs qualité ». Rien ne dit que cette expression doit être incluse dans le manuel. Il faut éviter de mettre dans le manuel des informations susceptibles de changer relativement souvent.

Il appartient à l'utilisateur de ces exemples de faire la part des choses et de ne retenir que ce qui vraiment apportera un plus à son système de management de la qualité.

Nota : dans les exemples de manuels sont surlignés en gris les emplacements où doivent être indiqués le nom de lorganisme, une donnée variable ou placée des illustrations.

3.2 MMQ d'une société d'ingénierie (Michel)

3.2.1 Domaine d'application

En vue de satisfaire nos clients de façon durable et dans le but d'améliorer en permanence nos performances, le présent manuel de management qui s'applique à l'ensemble de nos produits et services, définit les dispositions prises par *nom de l'organisme* pour répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 9001 version 2008.

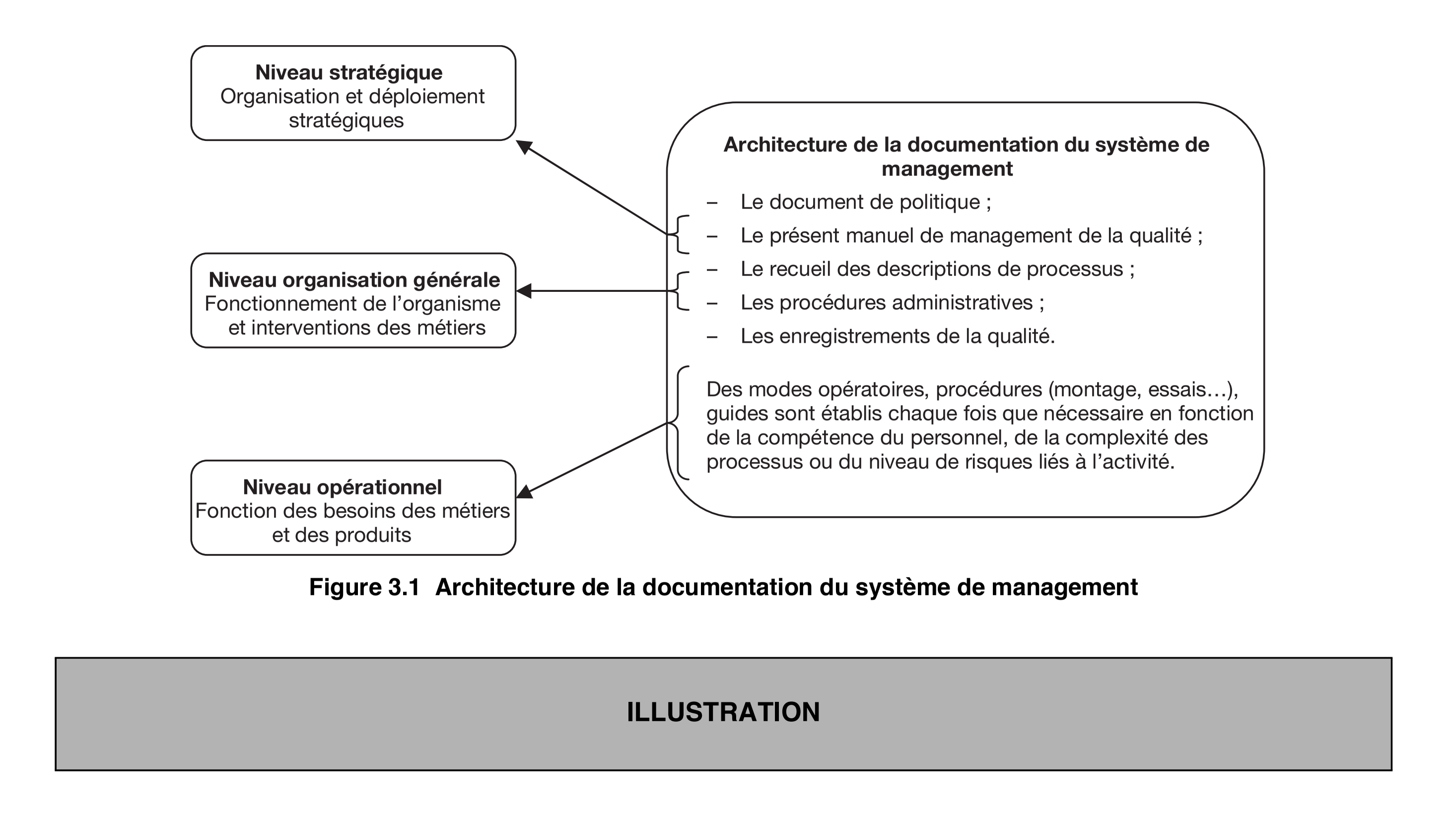


Figure 3.1 Architecture de la documentation du système de management

ILLUSTRATION

3.2.2 Notre métier et nos activités

Le savoir-faire de notre société est reconnu dans le domaine de la conception, de la réalisation, de l'exploitation et de la maintenance d'ensembles industriels sûrs.

Par ailleurs, à la demande de nos clients, *nom de l'organisme* conçoit et réalise des formations dans ses domaines de compétences.

Notre activité en matière de recherche et développement est d'autant plus importante que, face au développement permanent de nouvelles technologies, *nom de l'organisme* doit acquérir de nouvelles compétences et proposer à ses clients des produits garantissant un haut niveau de qualité, sûreté, fiabilité et disponibilité.

Notre engagement sur ces garanties fait l'objet de reconnaissances externes sous la forme de certifications, agréments et habilitations délivrés par l'administration, par des organismes certificateurs ou nos propres clients.

Pour répondre au mieux aux attentes du marché, notre offre comprend trois grandes familles d'activités et de produits.

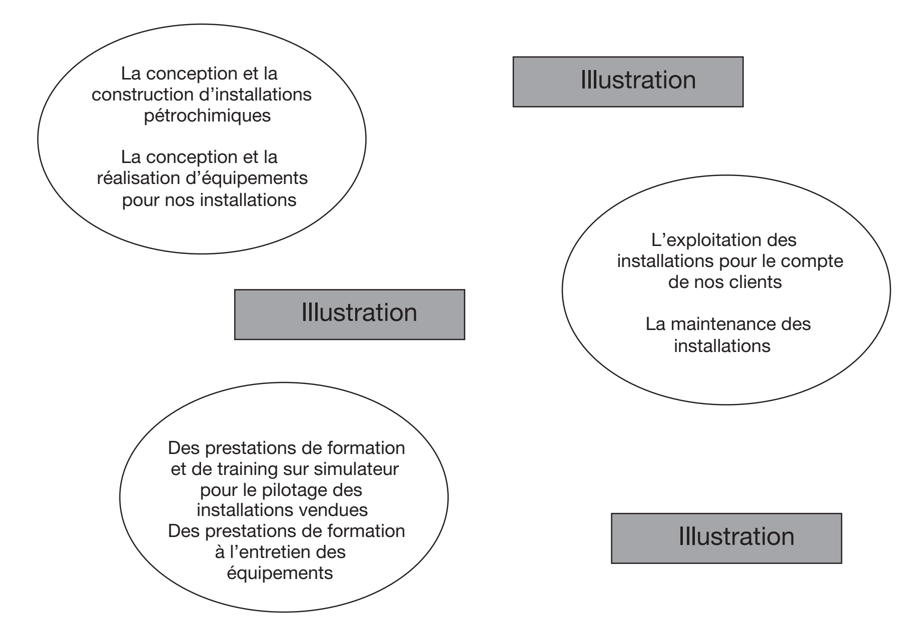


Figure 3.2 Grandes familles d'activités et de produits

« Une politique et une stratégie cohérentes
mises en œuvre par la direction,
l'encadrement et l'ensemble du personnel. »

3.2.3 Le déploiement de la stratégie et des objectifs

Sur la base des orientations fixées par ses actionnaires, à partir des attentes de ses clients et de l'état du marché, *nom de l'organisme* établit un plan d'action stratégique (PAS). La stratégie est revue et remise à jour annuellement. Elle est communiquée à l'ensemble des collaborateurs sous la forme d'un document qui organise le déploiement de la politique et de la stratégie. Ce document de déploiement fixe :

– les objectifs et cibles à atteindre en matière de qualité comme en matière de performances ;
– les processus et fonctions concernées ;
– les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs avec pour chaque action un planning prévisionnel de réalisation et, le cas échéant, un budget ;
– les indicateurs de mesure associés qui feront l'objet d'un suivi au travers d'un tableau de bord de la qualité et de la performance.

Le suivi permanent de la mise en œuvre de la politique et de la stratégie est assuré par le Comité de direction qui affecte les ressources (humaines, financières et industrielles) nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Pour assurer l'appropriation de la politique et de la stratégie par l'ensemble des collaborateurs, plusieurs actions de sensibilisation et de communication sont conduites par la direction (assemblée annuelle, réunions d'encadrement) ainsi que par l'encadrement à différents niveaux. Ces actions sont prévues et définies dans un plan de communication annuel. Ce plan définit aussi les supports qui seront utilisés (affichage, intranet…) pour véhiculer des informations et des messages relatifs à la réalisation des objectifs fixés.

Enfin chaque responsable d'unité et chaque pilote de processus suivent l'efficacité de la politique et de la stratégie à l'aide :

– d'indicateurs de performance ;
– du positionnement de l'unité ou du processus sur une matrice d'efficacité préalablement définie ;
– de la réalisation de revues périodiques.

Le résultat de ce suivi fait l'objet de tableaux de bord largement diffusés.

Processus associés

Le déploiement de la politique et le suivi de son efficacité font l'objet de deux processus :
- « Définir et déployer la politique et la stratégie » ;
- « Définir et maintenir un système de management efficace ».

« Une organisation
pour un fonctionnement efficace
et la satisfaction de nos clients »

3.2.4 Notre organisation

L'organisation de *nom de l'organisme* est conçue en fonction des lignes directrices suivantes :

- définir une offre cohérente de produits et de prestations satisfaisant les clients ;
- mettre en œuvre les moyens pour assurer la compétitivité ;
- promouvoir la qualité et en faire un moteur de progrès ;
- disposer d'une ingénierie performante sur laquelle s'appuient les différentes activités ;
- faire en sorte que les affaires complexes soient convenablement menées ;
- conduire une politique industrielle vis-à-vis des fournisseurs.

L'organisation mise en place est telle que :

- chaque unité opérationnelle a la responsabilité d'obtenir pour ses activités la qualité requise ;
- le personnel, qui a pour rôle d'assurer que la qualité requise a été obtenue, dispose de l'indépendance et de l'autorité nécessaires.

Les différentes fonctions (commerciale, projet, études, approvisionnement, montage, essais, maintenance, etc.), nécessaires pour pouvoir répondre aux besoins des clients, sont assurées par les diverses directions opérationnelles. Une même fonction peut exister dans plusieurs directions.

Les unités rattachées directement à la direction générale sont :

– la direction des Offres et Projets qui a en charge la préparation des offres et la conduite des projets d'installations pétrochimiques ;
– le service Démantèlement-Déchets est chargé de promouvoir, vendre et réaliser des activités de démantèlement. Il développe et commercialise des produits ou procédés pour le traitement des déchets ;
– la direction de l'Ingénierie regroupe l'ensemble des moyens pour la réalisation de nouveaux projets que pour les services associés. Elle assure la promotion, la vente et la réalisation d'études sous contrat direct. Elle assure le développement et la maintenance des outils et méthodes et veille à l'appropriation des technologies nouvelles ;
– la direction des Achats est chargée de proposer à la direction générale la politique à suivre vis-à-vis des fournisseurs ;
– la direction du management en charge des méthodes assurant l'efficacité du fonctionnement et du système de management. Elle comprend, outre le service management de la qualité qui participe à l'élaboration de la politique qualité, un service contrôle interne et un service maîtrise des données (gestion des configurations). Cette direction assure de plus la fonction de communication interne.

Une structure centrale, fonctionnelle apporte à ces unités opérationnelles l'assistance qui leur est nécessaire.

Enfin les pilotes de processus assurent la surveillance et l'amélioration continue des processus dont ils ont la charge.

Documents associés

– Le manuel d'organisation qui définit les missions générales ;
– La définition du rôle des pilotes de processus.

« Une écoute permanente pour satisfaire au mieux nos clients. »

3.2.5 Les relations avec nos clients

Actions commerciales	Des activités de prospection sont conduites par ligne de produits dans le cadre d'un plan d'action commercial. Le plan s'appuie sur les informations recueillies dans le cadre de salons professionnels, sur le résultat d'enquêtes réalisées auprès des clients et des prospects ainsi que sur des études de marché. Des supports sont élaborés pour soutenir ces actions.	Le **responsable commercial** pilote la relation avec le client pendant l'offre. Il accompagne le client jusqu'à la livraison des produits, ouvrages et services vendus. Il assure la mesure de la satisfaction du client.
Traitement des offres et contrats	Des revues d'offres et de contrats permettent de vérifier que toutes les exigences de l'appel d'offres ont été prises en comptes et que les ambiguïtés ont été levées. Ces revues permettent aussi de s'assurer que *nom de l'organisme* dispose des moyens techniques, humains et matériels pour y répondre de façon rentable.	Le **chef d'offre** réalise et suit l'offre jusqu'à la signature du contrat.
Conduite des projets	Elle passe par une planification, un suivi au quotidien mais aussi au travers de réunions programmées avec les différents intervenants comme avec le client.	Le **chef de projet** est le garant de la réalisation du contrat et de la satisfaction du client. Il prend en charge les avenants éventuels ainsi que le traitement des dérogations ou modifications.

Mesure de la satisfaction des clients	Un recueil d'informations, adapté au type de contrat est systématiquement organisé (réunion avec le client, questionnaire, visite…) Les informations recueillies sont analysées conformément au processus « Surveiller l'efficacité du SMQ »	Le **responsable commercial**.
Efficacité du SMQ	Le processus « Surveiller l'efficacité du SMQ » permet à chaque collaborateur de remonter, au niveau approprié, toute information concernant la satisfaction du client.	Tout collaborateur.
Mise à jour de la politique et de la stratégie	Les informations provenant de l'écoute client ou ayant trait à cette écoute font l'objet d'un examen régulier en comité de direction. Elles conduisent le cas échéant à une adaptation de la stratégie ou des lignes de produits de *nom de l'organisme*.	La **direction générale**.

Processus associés

Deux processus définissent l'action commerciale, le traitement des offres et la notification des contrats :

- « Obtenir des contrats et répondre aux besoins des clients » ;
- « Définir et maintenir un système de management efficace ».

« Une vision transverse
du fonctionnement
pour une efficacité optimale. »

3.2.6 L'approche processus

La mise en pratique d'une approche processus a conduit *nom de l'organisme* à expliciter les processus conduisant à fournir des produits de qualité à nos clients (processus de réalisation), les processus qui permettent de fournir à la

réalisation des produits et services les ressources qui leur sont nécessaires et enfin les processus organisationnels et managériaux qui assurent la performance et l'efficacité de notre société.

L'ensemble de ces processus constitue un réseau schématisé ci-dessous.

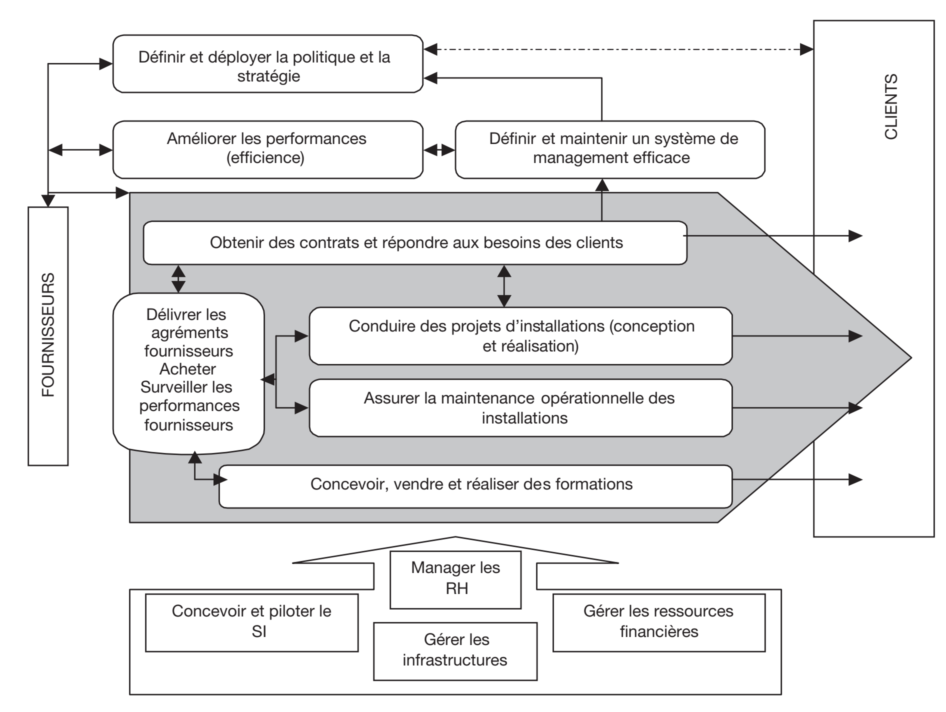


Figure 3.3 Structure des processus

La maîtrise des interactions entre les processus est basée sur la définition des échanges entre activités de plusieurs processus. C'est au niveau de la description d'un processus que pour chaque activité sont indiquées, le cas échéant, les données d'entrée en provenance d'un autre processus et les données de sortie à destination d'un autre processus.

« Des ressources optimales
pour des projets efficace. »

3.2.7 La maîtrise des ressources

La direction détermine les ressources nécessaires pour mettre en place et entretenir le système de management de la qualité :

- nomination du représentant de la direction (directeur du management) ;
- formation, qualification, compétence et sensibilisation du personnel ;
- mise à disposition des informations nécessaires ;
- mise à disposition d'un environnement de travail favorable à la qualité ;
- investissements nécessaires.

Au cours de la revue de direction, l'adéquation des ressources est examinée. Il s'agit de vérifier qu'elles sont suffisantes pour assurer le bon fonctionnement du système de management de la qualité et pour assurer la satisfaction des exigences des clients.

3.2.8 Le personnel

Des dispositions sont prises pour assurer que les personnels exerçant des activités qui influent sur la qualité ont la compétence requise pour s'acquitter de leur tâche.

Ces dispositions permettent de vérifier que les différents agents :

- ont acquis et conservent la compétence nécessaire à leurs activités ;
- sont formés et informés sur le but, le contenu et les modalités d'application du système de management de la qualité couvrant leurs activités.

Ces dispositions comprennent les mesures permettant de définir les niveaux de compétence applicables à certains types d'activités (contrôles, procédés spéciaux, surveillance, audits).

● Qualification et compétence du personnel

Des dispositions sont prises, à tous les niveaux dans *nom de l'organisme*, pour assurer que les personnels exerçant des activités qui influent sur la qualité ont la qualification requise pour s'acquitter de leur tâche.

Ces dispositions permettent de vérifier que les différents agents :

- ont acquis et conservent la qualification nécessaire à leurs activités ;
- sont formés et informés sur le but, le contenu et les modalités d'application du système qualité couvrant leurs activités.

Ces dispositions comprennent les mesures permettant :

- de définir les critères de qualification applicables à certains types d'activités (contrôles, procédés spéciaux, surveillance, audits) ;
- d'identifier les documents nécessaires pour démontrer que les qualifications formelles, imposées par les règlements, codes et normes, sont acquises,
- de démontrer que les candidats ont reçu la formation prévue et ont passé les examens requis.

Des enregistrements appropriés des formations reçues sont établis et tenus à jour.

● Cas des personnels chargés de fonction de contrôle, d'essai, d'audit et de surveillance

Au sein de *nom de l'organisme*, les agents chargés de fonctions de contrôle, d'essai, d'audit ou de surveillance sont qualifiés formellement.

La qualification repose sur la vérification du niveau d'instruction, de l'expérience acquise, de la formation spécialisée reçue et, si nécessaire, de l'aptitude physique. Ces éléments sont rassemblés dans un dossier de qualification individuel.

Ces qualifications ont une validité limitée, renouvelable sous réserve d'une pratique continue satisfaisante. Une qualification peut être remise en cause à tout moment par la hiérarchie du personnel concerné, si une défaillance grave est constatée.

● Formation

La direction détermine la politique de formation et approuve les propositions de formation.

Elle a la charge avec le directeur du management :

- d'identifier les besoins en formation. À la fin de chaque année, les responsables de tous les services expriment leurs besoins en formation pour eux et leurs subordonnés. Ces besoins sont recueillis par la direction des Ressources humaines ;
- d'établir les programmes de formation. En fonction des besoins exprimés, la direction des Ressources humaines établit un plan de formation annuel ;

- de valider le plan de formation. cette validation se fait sur la base des besoins exprimés par le personnel, d'un examen de cohérence avec la politique et la stratégie de *nom de l'organisme* , les résultats des revues de direction ;
- d'organiser et de pourvoir à la formation ;
- d'évaluer l'efficacité de la formation. En fonction de la nature de la formation, le supérieur hiérarchique de la personne formée évalue la formation réalisée. Cette évaluation peut être mesurée soit par :
  - l'obtention d'un certificat de fin d'études,
  - la réalisation d'un projet qui a une relation avec la formation réalisée (informatique),
  - la mise en application d'un système qui a une relation avec la formation réalisée (qualité, maintenance…),
  - l'amélioration des différents indicateurs (productivité, qualité du produit, rendement…).

Des enregistrements appropriés des formations reçues sont établis et tenus à jour.

3.2.9 Les infrastructures et l'environnement de travail

Pour assurer le bon fonctionnement de ses moyens matériels, *nom de l'organisme* assure la maintenance des équipements selon des modalités spécifiées de maintenance préventive (avec un planning d'intervention) et corrective (par le biais de demandes d'intervention).

Les interventions de maintenance réalisées font l'objet d'enregistrements :

- rapport d'intervention ;
- fiche historique machine ;
- fiche de maintenance préventive.

nom de l'organisme est situé sur un site regroupant l'ensemble de ses départements. L'activité de *nom de l'organisme* ne nécessite pas l'application d'exigences particulières et spécifiques concernant l'environnement de travail.

Seules les exigences classiques en matière de nettoyage et de maintenance des locaux sont applicables.

Les infrastructures font, quant à elles, l'objet d'opérations d'entretien courant et d'une maintenance programmée.

3.2.10 La maîtrise des informations

● **Enregistrements de la qualité**

Les enregistrements relatifs à la qualité (qui fournissent des preuves tangibles des activités effectuées ou des résultats obtenus) sont conservés pour démontrer la conformité aux exigences spécifiées et la bonne application du système qualité.

Le « Plan de mise en archives » de *nom de l'organisme* (document n° ...) définit les documents à archiver, les responsabilités pour leur mise en archives, les durées et les conditions de conservation.

Les commandes aux fournisseurs définissent, le cas échéant, les documents à remettre à *nom de l'organisme* ainsi que les documents que le fournisseur doit archiver pour une durée spécifiée.

Les installations utilisées pour l'archivage offrent un environnement approprié pour éviter toute détérioration, tout endommagement et toute perte des documents traités.

● **Maîtrise des documents et des données**

nom de l'organisme a mis en œuvre une gestion des documents du système de management de la qualité qui assure que les documents sont :

– identifiés et validés ;
– revus et approuvés ;
– disponibles aux endroits pertinents ;
– retirés des points de diffusion lorsque périmés ou identifiés adéquatement lorsque conservés pour référence.

Les documents d'origine externe sont identifiés et distribués de façon maîtrisée.

● **Identification des documents**

Les activités qui influent sur la qualité des produits et services sont réalisées suivant des documents ou des fichiers de données parfaitement identifiés et qui

comportent les critères d'acceptation quantitatifs ou qualitatifs nécessaires pour assurer que la qualité requise est effectivement obtenue.

Ces documents et ces fichiers sont identifiés par un numéro d'identification propre à *nom de l'organisme* .

De plus, l'émetteur attribue à chaque indice de révision d'un document un « état » qui caractérise le niveau technique du contenu du document (document en cours d'élaboration, document non finalisé mais qui peut être utilisé pour certaines applications particulières, document finalisé qui peut être utilisé sans restriction).

● **Approbation et diffusion des documents**

Les procédures mises en place permettent d'assurer que :

- avant toute diffusion, la vérification des documents et des données a été faite par du personnel compétent ;
- les documents et les données diffusés pour application ont reçu toutes les approbations nécessaires (y compris celle du client si requis) ;
- l'utilisateur dispose des documents et des fichiers de données à l'indice applicable sur les lieux de travail avant le début des activités.

La mise sous contrôle des documents et des données est faite :

- soit en utilisant des répertoires informatiques (qui permettent une information en temps réel sur l'évolution des indices) ;
- soit à l'aide de listes de documents ou de données applicables, elles-mêmes en diffusion contrôlée.

Ce système de contrôle ne nécessite pas le retrait des documents périmés, l'utilisateur ayant la responsabilité de vérifier l'indice applicable à partir du répertoire ou de la liste. De la sorte, aucune utilisation de documents périmés n'est possible.

Le système de mise sous contrôle des documents concerne les documents et fichiers :

- techniques ;
- d'approvisionnement et de réalisation, y compris les documents CAE (conformes à exécution) ;
- relatifs aux logiciels et outils informatiques ;
- décrivant le système qualité.

● Changements/modifications des documents et des données

Lorsqu'une modification de la conception a été décidée, les modifications apportées aux documents ou aux données sont soumises à des dispositions équivalentes à celles utilisées pour gérer les documents ou données d'origine.

Les mesures mises en place permettent de garantir que :

– les modifications sont vérifiées et approuvées par les personnes qui ont vérifié et approuvé les documents ou les données d'origine ou par des personnes expressément désignées,
– l'approbation des modifications apportées à un document ou une donnée est réalisée avant utilisation du document ou de la donnée modifié.

ILLUSTRATION

Processus associés

Il s'agit de processus supports de l'activité :
– « Manager les RH »,
– « Concevoir et piloter le SI »,
– « Gérer les infrastructures »,

et d'un processus de management :
« Définir et maintenir un système de management efficace ».

« Une réalisation et une gestion de projet adaptées aux exigences du client. »

3.2.11 Réalisation du produit

● Revue de contrat

Dès que la décision de répondre à un appel d'offres est prise par la direction, un responsable d'offre est désigné.

Il est responsable de la réalisation d'une revue avant soumission d'une offre pour assurer que toutes les exigences sont correctement identifiées, analysées et prises en compte et que la société a la capacité à satisfaire les exigences du client. Pour ce faire, il consulte, autant que de besoin, les personnes impliquées

par la réalisation de l'affaire et, le cas échéant, après discussion ou négociation avec le client, modifie l'offre ou fait acter de l'accord intervenu avec le client.

À réception de tout document ayant valeur contractuelle (lettre d'intention, commande, contrat, avenant…) le responsable désigné fait la revue de son contenu par rapport aux conditions proposées dans l'offre. En cas d'écart, il doit obtenir l'accord des personnes concernées par l'écart avant l'acceptation du contrat ou formuler et discuter avec le Client des réserves émises afin d'arriver à un accord.

L'importance (volume, degrés de détail) de ces revues dépend de la phase (offre ou acceptation de contrat ou de commande) et de la nature de l'affaire (complexité, nouveauté, taille…).

Des enregistrements de ces revues sont conservés.

3.2.12 Maîtrise de la conception

Les procédures permettent la mise sous contrôle de tous les documents d'études ainsi que des bases de données et des logiciels développés ou utilisés pendant la réalisation des activités d'études. Un dossier d'étude permet, quant à lui, de confirmer les principaux choix ou orientations techniques prévus.

- **Préparation de la conception et du développement – Organisation**

À partir des exigences contractuelles ou du cahier des charges du développement rédigé par le demandeur, le responsable de l'étude établit le planning de réalisation de l'étude avec les personnes impliquées. Ce planning prend en compte les interfaces d'organisation ainsi que les interfaces techniques entre *nom de l'organisme* et ses fournisseurs éventuels. Il identifie les tâches d'études, les documents à établir et les interfaces entre les différents intervenants.

- **Données d'entrée**

Le responsable désigné identifie et documente les données d'entrée prises en compte. La liste des données figure dans le dossier de l'étude auquel aura accès le vérificateur.

- **Données de sortie**

Les données de sortie de l'étude sont constituées soit par des documents (spécifications, notes de calcul, analyses et documents justificatifs, plans, diagrammes…), soit par des bases de données ou fichiers informatiques.

Les documents relatifs aux données de sortie de la conception sont systématiquement vérifiés avant leur mise en circulation.

- **Vérification de la conception**

La direction désigne, lorsque cela s'avère nécessaire (complexité de l'étude, risques encourus…), un vérificateur compétent. La direction lui communique les instructions concernant la méthode de vérification à utiliser ainsi que l'étendue de la vérification demandée. La vérification porte toujours *a minima*, sur la validité des données d'entrée.

- **Revue de conception**

Il appartient au responsable de l'étude de planifier les revues de conception.

Cette revue, effectuée à un jalon clé de l'étude (intermédiaire ou final), permet de s'assurer de la validité d'ensemble des données de sortie à ce jalon. L'approbation, en final, du produit de l'étude par toutes les fonctions impliquées peut tenir lieu de revue de conception.

- **Modifications de la conception**

Toute modification intervenant au cours d'une étude sur des documents ou bases de données déjà applicables (vérifiés et approuvés) fait l'objet d'une analyse pour évaluer sa justification et l'impact sur la réalisation (affaire ou développement).

Toutes les personnes impliquées par la modification sont identifiées et consultées.

Une fois les actions décidées et enregistrées, les études correspondantes sont réalisées selon les mêmes règles que celles retenues pour l'étude d'origine. Un système de gestion permet de maîtriser l'évolution de la configuration.

3.2.13 Achats

Les dispositions prises pour garantir que les produits et services achetés sont conformes aux exigences spécifiées, concernent :

– le choix du fournisseur (évaluation et agrément avant passation de la commande) ;

– la préparation des documents d'approvisionnement (données d’achat) ;
– la vérification du produit ou service acheté.

Les produits et services dont la réalisation implique :

– l’application d’un système de management de la qualité,
– une surveillance exercée par *nom de l’organisme* ,

sont identifiés et les exigences correspondantes précisées à la commande.

● **Agrément des sous-contractants**

Cet agrément est délivré puis renouvelé périodiquement au vu des résultats d'évaluations techniques et, le cas échéant, de l’analyse ou d’audits de son système qualité. Indépendamment de cet agrément, le fournisseur retenu doit, si requis contractuellement, être accepté par le client.

● **Données d'achat**

Les documents d'approvisionnement sont contrôlés et permettent, en particulier, d'assurer que toutes les données d'achat :

– sont correctement incluses dans les commandes ;
– décrivent clairement le produit commandé.

● **Vérification du produit acheté**

Lorsque prévu dans la commande, la direction, exerce ou fait exercer une surveillance sur les activités du fournisseur. L’étendue de cette surveillance dépend de la fourniture (importance vis-à-vis de la sécurité et de la disponibilité, complexité) et des résultats précédemment obtenus par le fournisseur.

3.2.14 Identification et traçabilité du produit

Des dispositions sont prises pour que les produits soient identifiés à l’aide de moyens adéquats au cours de toutes les phases de production, puis de leur réception jusqu’à la livraison et l’installation. Ces exigences permettent de relier à tout moment un produit à sa documentation et d’éviter l'utilisation d'un produit non conforme ou non encore accepté.

3.2.15 Maîtrise du produit fourni par le client

Avant toute utilisation d'un produit ou d'une installation mise à sa disposition par le client, le personnel de *nom de l'organisme* concerné effectue une prise en charge. Cette prise en charge comprend :

- un contrôle quantitatif et, le cas échéant,
- un contrôle qualitatif (dommage éventuel apparent, vérification des documents, conditions de préservation…).

3.2.16 Manutention, stockage, conditionnement, préservation et livraison

Des dispositions sont prises par la direction de *nom de l'organisme* pour permettre la mise sous contrôle des opérations de nettoyage, manutention, stockage, conditionnement, livraison, protection, conformément aux exigences d'études afin d'éviter tout dommage, perte ou détérioration due à l'environnement.

3.2.17 Dispositifs de mesure et de surveillance

● Contrôles et essais en cours de réalisation

L'exécution et les résultats de toutes les opérations de contrôle sont enregistrés sous une forme appropriée (rapport de contrôle, émargement du plan de qualité, enregistrement automatique…). Ces enregistrements permettent d'identifier le contrôleur et/ou le système d'enregistrement utilisé (s), les résultats observés et la décision sur l'acceptabilité du résultat.

● Contrôles et essais en fin de réalisation

Les dispositions mises en place pour les contrôles et essais finals sont identiques à celles utilisées pour les contrôles et essais en cours de réalisation.

Si des réserves subsistent après réalisation des contrôles et essais finals, la direction peut autoriser l'utilisation ou l'expédition d'un matériel ou d'une installation après avoir défini les conditions et les responsabilités pour la levée de ces réserves. Cet accord ainsi que la levée des réserves font l'objet d'un enregistrement.

● Enregistrement des contrôles et essais

Les résultats de chaque opération de contrôle ou d’essai sont enregistrés sous une forme appropriée avec, en regard des critères d’acceptation, leur état de conformité.

● Maîtrise des équipements de contrôle, de mesure, et d'essai

Les dispositions suivantes permettent de maîtriser les moyens de contrôle, de mesure et d'essai utilisés, que ces moyens appartiennent à *nom de l’organisme* ou qu'ils appartiennent à des tiers :

– Les opérations de contrôle et d'essais sont réalisées par du personnel qualifié. Les instructions utilisées précisent les appareils de mesure ou d’essais à utiliser (nature, précision, exactitude…) et les critères d’acceptation des essais réalisés.
– Tous les appareils utilisés sont intégrés dans un programme d’étalonnage et de vérification périodique de façon à garantir qu'ils conservent l’exactitude requise.
– Tous les appareils sont identifiés et peuvent à tout moment être reliés à la documentation concernant leur état d'étalonnage et de vérification.
– Les procédures et instructions d’étalonnage font référence à des normes et étalons nationaux ou internationaux, lorsqu’ils existent. Dans le cas contraire, les bases d’étalonnage et de vérification sont définies par écrit.
– Les résultats des étalonnages et des vérifications sont enregistrés pour permettre d’assurer la traçabilité par rapport aux appareils et aux procédures ou instructions utilisées.
– Les matériels endommagés ou défectueux sont retirés jusqu'à ce qu’ils soient réparés, fassent l’objet d’un nouvel étalonnage ou remplacés.

● État des contrôles et essais

Les exigences que *nom de l’organisme* impose à son propre personnel et à ses fournisseurs prévoient que le plan de qualité (liste des opérations de fabrication et de contrôle) serve de document de suivi et soit complété au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Il permet ainsi de connaître à tout moment les opérations de contrôle et d'essai effectivement effectuées.

Les références des procès-verbaux et des rapports de non-conformité, éventuellement établis pendant la prestation, sont reportées sur le plan de qualité.

ILLUSTRATION

Processus associés

Il s'agit des processus de réalisation :
- « Obtenir des contrats et répondre aux besoins des clients » ;
- « Délivrer les agréments fournisseurs, Acheter, Surveiller les performances fournisseurs » ;
- « Conduire des projets d'installations (conception et réalisation) ».

Mais aussi des processus supports.

« Des décisions basées sur les faits
et une volonté affirmée
de progresser en permanence dans tous les domaines. »

3.2.18 Mesures, analyse des données et amélioration continue des performances

● Surveillance et mesures

Satisfaction du client

Les informations relatives à la perception par nos clients du niveau de satisfaction de leurs exigences sont obtenues par trois manières distinctes et complémentaires au travers :
- du résultat de l'écoute permanente ;
- d'une enquête annuelle réalisée par le service commercial auprès de nos client afin d'évaluer leur satisfaction ;
- du traitement des réclamations.

Elles permettent d'entreprendre les actions nécessaires pour l'amélioration du système de management de la qualité et des produits.

Audit interne

La direction du management établit un programme annuel d'audits couvrant l'ensemble des activités de l'entreprise. En plus de ce programme, des audits peuvent être réalisés sur demande de la direction générale :
- lorsque des modifications notables sont apportées à l'organisation ;

– lorsqu'il apparaît que la qualité d'un bien ou d'un service est compromise, en raison d'une insuffisance dans le système qualité ;
– lorsqu'il est nécessaire de vérifier la mise en œuvre d'actions correctives.

La direction du management réalise ou fait réaliser les audits, à l'exception de ceux couvrant ses propres activités. Les activités de la direction du Management sont auditées par un auditeur (interne ou externe à l'entreprise) désigné par la direction générale.

Au cours des audits, l'auditeur vérifie :

– la conformité du système de management de la qualité aux exigences de la norme ISO 9001 ;
– l'efficacité de la mise en œuvre du système de management de la qualité ;
– la compétence des personnes en fonction des travaux qu'elles ont à exécuter.

Chaque audit fait l'objet d'un rapport, établi par le responsable d'audit et diffusé aux cellules auditées. Ce rapport précise les déficiences éventuellement détectées et les actions de redressement demandées. Il est remis à la direction qui s'assure de la mise en œuvre des actions de redressement avant de clore l'audit.

Surveillance et mesure des processus

Une surveillance des processus est établie sur la base d'objectifs, fixés par la direction générale, en cohérence avec la politique et la stratégie de l'entreprise.

Les pilotes de processus désignés établissent un tableau de bord permettant grâce à des indicateurs de mesurer l'évolution du fonctionnement des processus par rapport aux objectifs correspondants.

Surveillance et mesure du produit

Des instructions sont établies et tenues à jour pour les opérations de contrôles et d'essais afin de vérifier que les exigences spécifiées pour le produit ou la prestation sont respectées.

Les contrôles qui permettent de démontrer la conformité du produit aux exigences contractuelles sont réalisés par chaque personne à son poste de travail (autocontrôle).

Maîtrise du produit non conforme

Le système de management de la qualité mis en place assure l'identification des produits non conformes, l'enregistrement de la non-conformité, la mise à l'écart du produit si nécessaire, l'évaluation de la non-conformité et le traitement du produit non conforme, la notification aux fonctions concernées.

Toute non-conformité donne lieu à l'émission d'une fiche qui précise :

– l'identification du matériel ou produit concerné ;
– la description de la non-conformité, y compris les critères d'acceptation concernés ;
– les mesures provisoires, éventuellement nécessaires, pour protéger le matériel ou le produit jusqu'à la mise en œuvre de la décision, et/ou l'isoler afin qu'il ne puisse être utilisé de façon non intentionnelle ;
– les modalités d'information du client lorsqu'une exigence contractuelle est concernée, ainsi que les modalités d'obtention de son accord sur la réparation ou la dérogation proposée ;
– la décision prise avec mention ou référence des accords requis, y compris les nouvelles exigences de vérification. La décision peut être une remise en conformité, une acceptation par dérogation (avec ou sans réparation), un déclassement pour d'autres applications ou le rebut.

● **Analyse des données**

Afin de démontrer la pertinence du système de management de la qualité et d'évaluer son efficacité, les données suivantes sont collectées et analysées en revue de direction :

– indicateurs de performance des processus ;
– non-conformités et réclamations des clients ;
– résultats des audits ;
– résultats de l'enquête de la satisfaction de la clientèle ;
– rapport de revue de direction précédente ;
– actions correctives et préventives.

Des réunions sont régulièrement programmées pour procéder à l'analyse du fonctionnement des principaux processus de l'entreprise.

● Actions correctives, préventives ou de progrès

Des actions correctives et préventives sont menées, à un niveau correspondant à l'importance des problèmes et en rapport avec les risques encourus, pour éliminer les causes de non-conformité ou de défauts réels ou potentiels.

Tout agent qui a connaissance d'une situation potentiellement préjudiciable à la qualité peut déclencher la procédure d'action corrective et/ou préventive.

Lors du traitement de chaque fiche de non-conformité, la direction du management évalue systématiquement si une action corrective est nécessaire pour en éviter le renouvellement. De plus, la direction procède, au moins une fois par an, à un examen global des fiches de non-conformité traitées pour déceler les éventuelles non-conformités répétitives ou de même nature qui nécessiteraient une action corrective et/ou préventive.

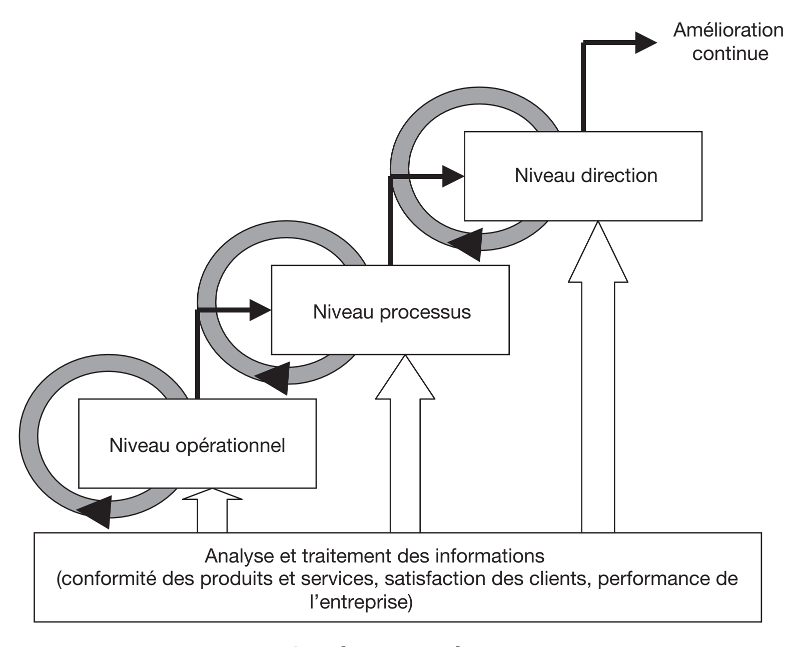


Figure 3.4 Système d'amélioration continue

3.3 MMQ d'un organisme de recherche (Éric)

3.3.1 Le contexte

Le développement de notre laboratoire passe par une amélioration constante de l'efficacité de nos activités de recherche. Ce souci d'efficacité est d'autant plus important que nous devons :

- nous adapter en permanence aux évolutions techniques ;
- répondre aux exigences croissantes en matière de qualité de la part de nos mandants ;
- constituer des partenariats pour pouvoir financer des recherches de plus en plus coûteuses et surtout faisant appel à des spécialités dont nous n'avons pas la maîtrise ;
- faire souvent appel à la sous-traitance vis-à-vis de laquelle nous nous devons d'être exemplaires.

3.3.2 Objet du manuel

Ce manuel constitue une référence pour le management de la qualité au sein de *nom du laboratoire*. Il présente la politique et les objectifs qualité, l'organisation, les méthodes et les moyens permettant la mise en œuvre et le suivi d'un système de management de la qualité (SMQ) efficace.

● **Domaine d'application**

Le système de management de la qualité décrit dans ce manuel concerne toutes les activités de *nom du laboratoire* (de recherche, administratives, techniques, fonctionnelles). L'ensemble des personnels, qu'ils soient permanents ou temporaires (doctorants, stagiaires…) doit mettre en application les exigences du présent manuel.

● **Élaboration et mise à jour du manuel et des procédures associées**

La rédaction du manuel de management de la qualité est de la responsabilité du service Management de la qualité. Elle est approuvée par le Directeur du laboratoire. Le service Management de la qualité vérifie et met à jour, si nécessaire, le manuel régulièrement en tenant compte de l'évolution du système, du résultat des audits internes et des décisions prises en revue de direction.

Le manuel est complété par un recueil de procédures qui sont pour l'essentiel des descriptions de processus. Ce recueil suit les mêmes règles de gestion que pour le manuel.

- **Références normatives et exclusions**

Les dispositions prises en matière de management de la qualité répondent aux exigences de la norme NF EN ISO 9001 version 2008, sans aucune exclusion.

Éventuellement, dautres référentiels imposés par des clients, des administrations ou la profession peuvent être cités à ce niveau.

3.3.3 Présentation du laboratoire

Le *nom du laboratoire* est une unité de recherche de l'université *nom de l'université*. Le *nom du laboratoire* conduit des actions de recherches, dans le domaine *décrire le domaine*, au plan national et international, avec un important réseau de collaborations.

Décrire le domaine d'activité du laboratoire.

- **Organisation**

La direction s'appuie sur l'avis d'un conseil de laboratoire, d'un conseil scientifique et, bien sûr, d'un comité hygiène et sécurité. Par ailleurs, c'est la direction du management qui est en charge de l'organisation du laboratoire, qui veille au maintien et au développement du système de management de la qualité et qui assure la communication interne.

Les thèmes de recherches au sein du *nom du laboratoire* sont traités au sein de trois équipes de recherche. Ces équipes ont à relever de nombreux défis scientifiques et sociétaux à travers leurs activités de recherche, d'innovation et de valorisation.

Décrire le domaine d'activité de chacune des trois équipes.

nom du laboratoire comprend une direction des Services généraux qui a en charge la Gestion administrative et financière, les Ressources humaines ; la Gestion de la documentation et la Gestion des infrastructures.

Enfin le maintien des compétences méthodologiques et techniques est de la responsabilité de la direction technique.

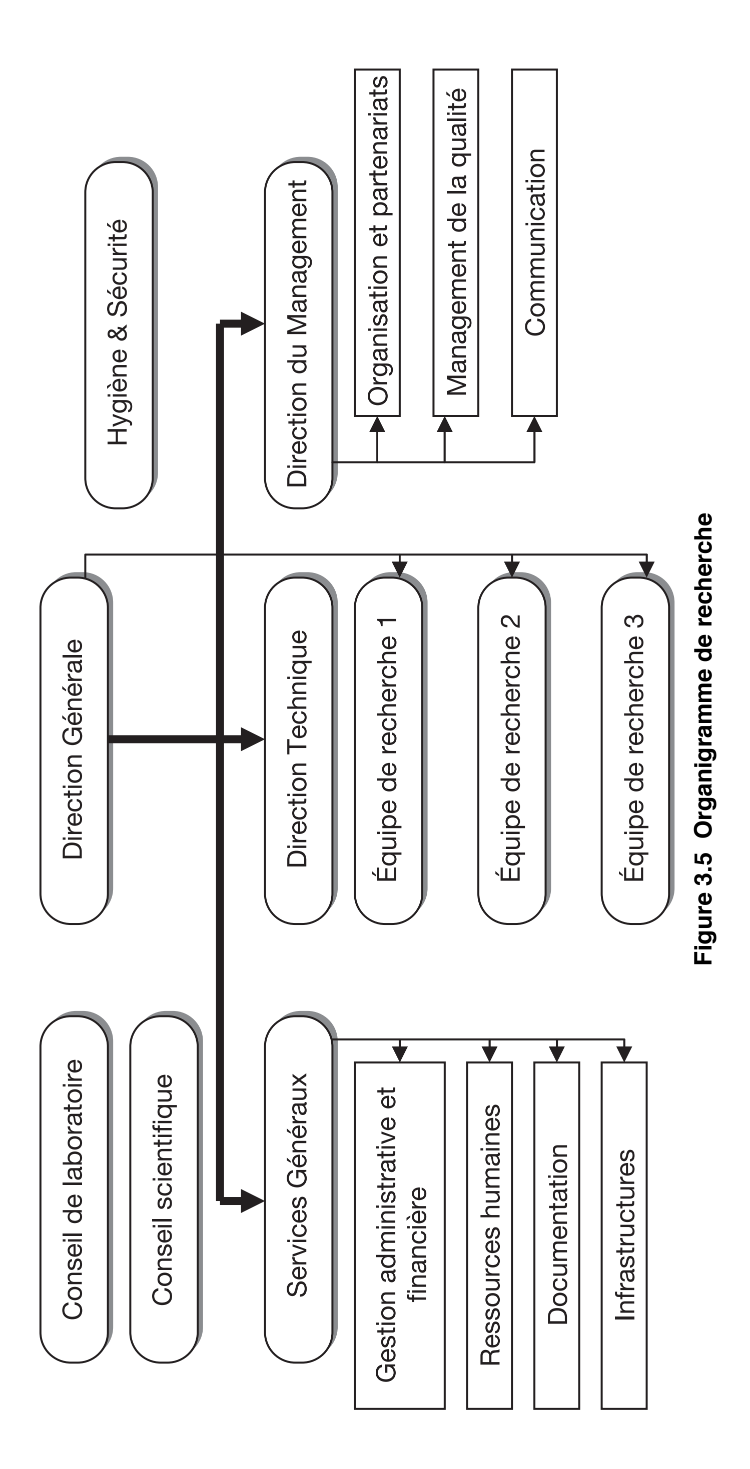


Figure 3.5 Organigramme de recherche

3.3.4 Notre approche qualité

Notre approche qualité vise à ce que chacune des trois phases d'une activité de recherche soit efficace.

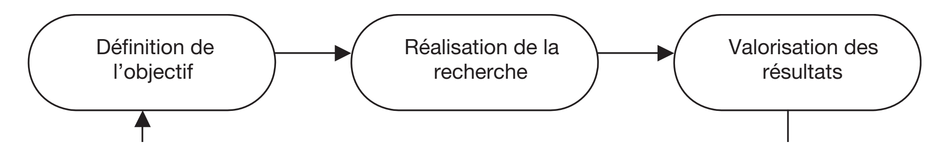


Figure 3.6 Phases d'une activité de recherche

Nota : la définition des phases dune action de recherche dépendant de lorganisme (organisation, culture) et du type de recherches pratiquées (actions thématiques, projets de réalisation ou de recherche).

● Définition de l'objectif

L'objectif est défini par une équipe de recherche avec, le cas échéant le concours d'un client ou d'un mandataire.

L'équipe de recherche établit un dossier qui, outre la définition de l'objectif, précise :

– quelles sont les parties prenantes de la recherche engagée (clients identifiables, commanditaires, utilisateurs…) qui sont susceptibles de porter un jugement sur le travail effectué et les résultats de la recherche ;
– quels sont leurs rôles et leurs responsabilités respectives ;
– comment prendre en compte leurs préoccupations.

Le dossier, ainsi établi, est soumis au conseil de laboratoire et au conseil scientifique qui statuent sur l'opportunité de la recherche et sur sa faisabilité. Ils examinent pour cela :

– la pertinence ou la nouveauté et l'originalité de l'objectif visé (évaluation de l'objectif par rapport à l'état de l'art) ;
– l'opportunité de cet objectif (évaluation de l'objectif par rapport à la politique et à la stratégie du laboratoire ainsi qu'aux besoins identifiés) ;
– la faisabilité (analyse de risque, disponibilité des ressources nécessaires).

● **Réalisation de la recherche**

Les points d'ancrage permettant le bon déroulement du processus de réalisation d'une action de recherche au sein de *nom du laboratoire* sont les suivantes :

– assurer la traçabilité des travaux et des résultats (cahiers de laboratoire, rapports d'étapes…) ;
– assurer la tenue des délais (revues périodiques et en particulier aux étapes clés de la recherche, actions correctives et préventives…) ;
– favoriser la créativité (organisation des échanges, sauvegarde d'espaces de liberté…) ;
– veiller à une utilisation optimale et efficace des ressources techniques (maintenance, calibration…) ;
– prévoir et examiner les problèmes qui risquent de contrecarrer l'atteinte de l'objectif (analyse de risques, détermination de solutions alternatives, définition de priorités…).

Par ailleurs, toute action de recherche fait l'objet d'une réévaluation régulière.

● **Valorisation des résultats**

Les résultats d'une recherche après validation (réalisation des tests adéquats, soumission à un réseau d'experts…) sont soumis au conseil scientifique du laboratoire qui les évaluent au regard des critères suivants :

– Ces résultats répondent-ils aux attentes des différentes parties prenantes ?
– Quel est l'intérêt des enseignements tirés des voies de recherche abandonnées et des résultats inattendus ?
– Y-a-t-il consensus sur les critères d'évaluation des résultats de la recherche ?

Par ailleurs, le conseil scientifique définit la façon de valoriser au mieux les résultats de la recherche pour optimiser la satisfaction des différentes parties prenantes :

– exploitation industrielle des résultats (propriété intellectuelle, brevets, contrats industriels…) ;
– maximisation de l'impact scientifique des résultats (journaux spécialisés, tirés à part, rédaction d'ouvrages, publication sur internet, congrès, conférences…).

3.3.5 Notre approche processus

Les processus de *nom du laboratoire* font l'objet d'une description sous la forme de logigrammes qui représentent l'enchaînement des actions qui caractérisent le processus. Pour chaque action sont indiquées :

– la ou les fonctions en charge de l'action ;
– le responsable de l'action ;
– le ou les produits de l'action (données, documents…) ;
– les interactions éventuelles avec des actions d'autres processus (données entrantes et/ou sortantes) ;
– les supports (formulaires, imprimés…) nécessaires, le cas échéant, pour réaliser l'action.

3.3.6 Les supports de la recherche

La réussite d'une action de recherche est basée sur les compétences des personnels et la maîtrise des équipements utilisés.

● **Ressources humaines**

Pour chaque poste, des fiches décrivent les compétences nécessaires. Un tableau de qualification permet de définir les besoins en formations et en personnels, en fonction de la politique et des objectifs du laboratoire.

La gestion des compétences est assurée par le service Ressources humaines qui établit et conserve des dossiers personnels sur chacun des collaborateurs du laboratoire. Ces dossiers constituent la preuve de la compétence des personnels sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience.

À l'occasion d'une formation systématique « nouvel arrivant », deux documents lui sont remis :

– un « livret d'accueil » fournissant les informations essentielles sur le fonctionnement général du laboratoire (structure, équipements, personnes à contacter…),
– un fascicule « hygiène et sécurité » détaillant les consignes de sécurité à respecter dans le bâtiment et sur chaque poste à risque.

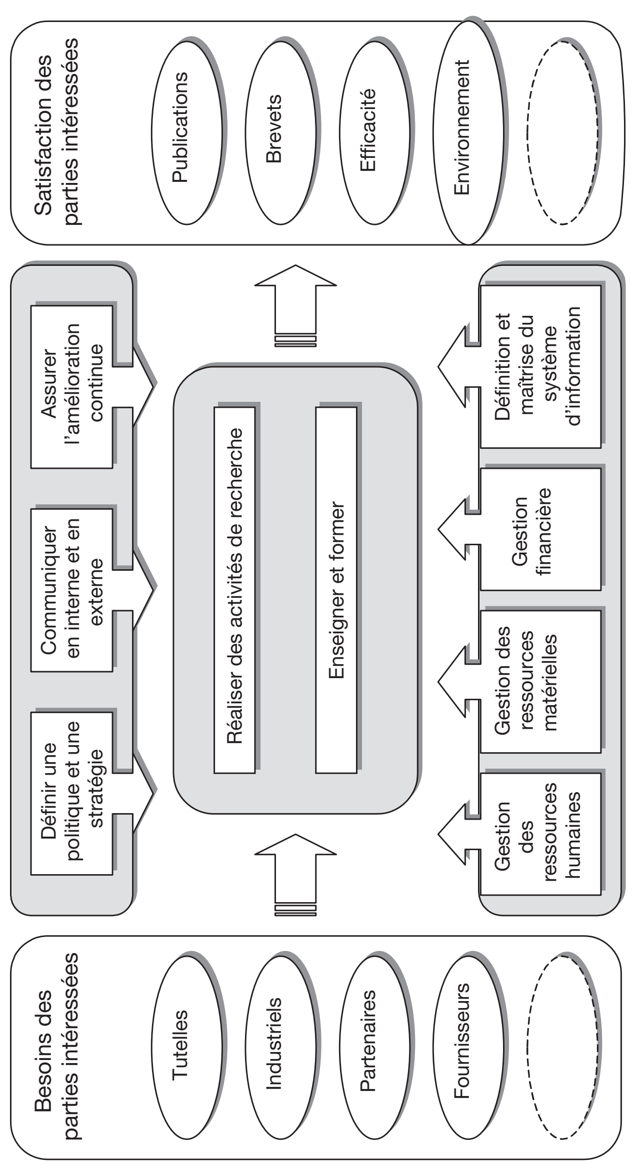


Figure 3.7 Exemple de logigramme

● **Matériels et infrastructures**

Les équipements sont suivis, maintenus et vérifiés selon des plans préétablis, la plupart du temps par le fabricant.

Pour chaque matériel, sont établis et tenus à jour une fiche d'identification, une fiche explicative concernant son utilisation, son entretien et sa vérification ainsi qu'un cahier (ou fiche) de suivi pour l'enregistrement des opérations effectuées avec ce matériel.

● **Planification**

Les actions de recherche sont planifiées en fonction de la disponibilité des salles (salle blanche, par exemple), des équipements, des personnels et des engagements pris vis-à-vis des parties intéressées. Cette planification fait l'objet d'un compte-rendu hebdomadaire.

● **Surveillance et mesure du produit**

Des critères d'acceptation sont définis pour chaque type de contrôle. Ils peuvent être quantitatifs ou qualitatifs, et leurs enregistrements sont conservés dans les dossiers de recherche correspondants.

En cas de non-conformité d'un équipement à un contrôle, des dispositions sont prises pour empêcher son utilisation pendant la recherche d'une solution au dysfonctionnement constaté.

3.3.7 La maîtrise de notre système de management de la qualité

● **Le système documentaire**

Le système documentaire permet de pérenniser les savoirs (identification, conservation…), de consolider les pratiques et de mettre à la disposition de chacun (algorithme de recherche, accessibilité…) les informations nécessaires au déroulement des actions de recherche. Il permet d'assurer le bon fonctionnement du laboratoire.

Les modalités d'élaboration, de diffusion, d'approbation et de modification des documents sont détaillées dans une procédure particulière.

Le service documentation est le garant de cette gestion et de la cohérence de l'ensemble des documents.

● L'amélioration continue

L'amélioration continue du fonctionnement du laboratoire est le résultat de plusieurs types d'actions :

Anomalies, Actions correctives et préventives

Toute anomalie ou non-conformité rencontrée fait l'objet d'une Fiche de non-conformité qui permet d'informer sur le problème et de lancer l'instruction du problème à savoir :

- analyse du problème ;
- proposition et étude des solutions possibles ;
- décision quant aux actions à lancer pour éliminer le problème et améliorer le système.

Les actions décidées font l'objet d'une fiche d'action corrective qui explicite le dysfonctionnement, les causes potentielles de ce dysfonctionnement, les actions à mettre en œuvre avec pour chacune d'elle le délai fixé et le responsable de l'action. Cette fiche est aussi utilisée pour assurer le suivi des actions programmées.

Si les actions correctives visent à corriger un problème et à éviter qu'il ne se reproduise, les actions préventives visent à prendre des dispositions efficaces pour éviter l'apparition d'un dysfonctionnement potentiel. La décision de lancer une action préventive peut résulter d'une analyse de risques ou de l'analyse des fiches d'actions correctives émises sur une année.

Audits internes

Les modalités de planification, préparation, réalisation, enregistrement et exploitation des audits internes sont conformes aux prescriptions de la norme ISO 19011.

Les audits sont planifiés de façon à ce que toutes les activités du laboratoire soient auditées dans l'année. La direction désigne un auditeur extérieur au laboratoire pour auditer le service Management de la qualité.

Un « rapport » d'audit formalise les conditions de réalisation, les objectifs et les conclusions de l'audit. En cas d'écarts constatés, une fiche d'écart est établie et le responsable de l'unité concernée est tenu de mettre en œuvre toutes les actions nécessaires à la correction de ces écarts.

Surveillance et mesure des processus

Chaque processus est placé sous la responsabilité d'un pilote désigné par la direction du laboratoire. Le pilote assure le suivi du fonctionnement du processus dont il a la charge et veille à l'amélioration permanente de son efficacité.

Ce suivi se fait sur la base d'objectifs fixés par la direction en définissant des indicateurs appropriés.

Revue de direction

Les revues de direction permettent de revoir régulièrement l'efficacité et la pertinence du système de management de la qualité en évaluant ses opportunités d'amélioration, ceux de la politique et des objectifs.

Les données d'entrée de revue de direction sont celles qui peuvent contribuer directement à l'amélioration du système (actions correctives, préventives, audits…), mais aussi les informations relatives aux fournisseurs, aux éventuels changements internes (organisation…) ou externes (partenariats, conditions contractuelles…), aux actions entreprises depuis la dernière revue et aux éventuelles recommandations d'amélioration.

Ces revues sont au minimum annuelles et regroupent l'encadrement du laboratoire.

Le résultat attendu de cette revue est la définition d'axes d'amélioration du système en y associant les moyens nécessaires.

La revue de direction fait l'objet d'un compte rendu largement diffusé au sein du laboratoire.

La revue de direction permet ainsi de s'assurer de l'adéquation de la politique qualité et des objectifs qui en découlent par rapport aux exigences (parties intéressées, normatives, stratégiques…) fixées pour le laboratoire et, si nécessaire, de faire évoluer la politique ou de modifier les objectifs.

3.4 MMQ d'un centre d'accueil (Maguy)

3.4.1 Notre mission

Établissement public rattaché au ministère de la Santé, nous accueillons en urgence des enfants en grande difficulté.

Notre mission consiste à héberger et assister l'enfant dans le déroulement de sa vie quotidienne y compris pour sa scolarité. Par ailleurs l'observation de son comportement au cours de son séjour doit permettre d'aider les autorités compétentes à décider de son orientation :

– famille d'accueil (accueil provisoire ou placement judiciaire) ;

– foyer spécialisé ;

– retour dans sa famille « naturelle ».

Les éducateurs travaillent en étroite collaboration avec les juges pour enfants, le Conseil général et, quand cela est possible, les familles.

La capacité d'accueil de ce centre est de quatre-vingt-dix enfants ou adolescents, de moins d'un an à dix-huit ans.

3.4.2 Objet du manuel

Ce manuel constitue une référence pour le management de la qualité au sein de *nom du centre*. Il présente le système de management de la qualité (SMQ) mis en œuvre par *nom du centre* pour l'ensemble de ses activités.

● **Domaine d'application**

Le système de management de la qualité décrit dans ce manuel concerne toutes les activités de *nom du centre* (ouverture, exercice et fin de mesure de protection ainsi que la représentation des mineurs).

● **Élaboration et mise à jour du manuel**

La rédaction du manuel est de la responsabilité du représentant de la direction pour le management de la qualité. Elle est approuvée par le directeur du centre. Le représentant de la direction vérifie et met régulièrement à jour, si nécessaire, le manuel en tenant compte de l'évolution du système, du résultat des audits internes et des décisions prises en revue de direction.

3.4.3 Les processus « cœur de métier » du centre

Pour chaque mesure de protection de l'enfant on distingue :

– la phase d'ouverture au cours de laquelle le centre recueille les informations nécessaires à la réalisation de sa mission et permettant d'informer les parties prenantes du dossier (partenaires sociaux, administration, éducation nationale…) ;

– la phase de mise en œuvre du mandat. À noter qu'un compte-rendu annuel, dressant un bilan des activités au cours de la période, est adressé au juge qui suit le dossier ;

– la procédure de clôture de la mesure est mise en œuvre à la fin du mandat ou sur décision du juge en charge du dossier.

Au-delà de la présentation succincte qui en est faite dans ce manuel, chaque processus fait l'objet d'une fiche. Les processus peuvent être déclinés en sous-processus chaque fois que leur complexité l'exige. Un sous-processus fait alors l'objet d'une procédure particulière. Le manuel est donc complété par un recueil de fiches (procédures) qui sont pour l'essentiel des descriptions de processus. Ce recueil suit les mêmes règles de gestion que pour le manuel.

● **Les fiches processus précisent :**

– la finalité et/ou les objectifs du processus ;

– les éléments d'entrée et de sortie du processus ;

– les critères d'évaluation de leur efficacité (outils de mesure et de contrôle) ;

– la représentation, sous forme de logigramme, de l'enchaînement des activités du processus ;

– les données relatives au pilotage (pilote, responsabilités de mise en œuvre et de maîtrise).

● **Cartographie des processus**

(*Voir figure 3.8 ci-contre*.)

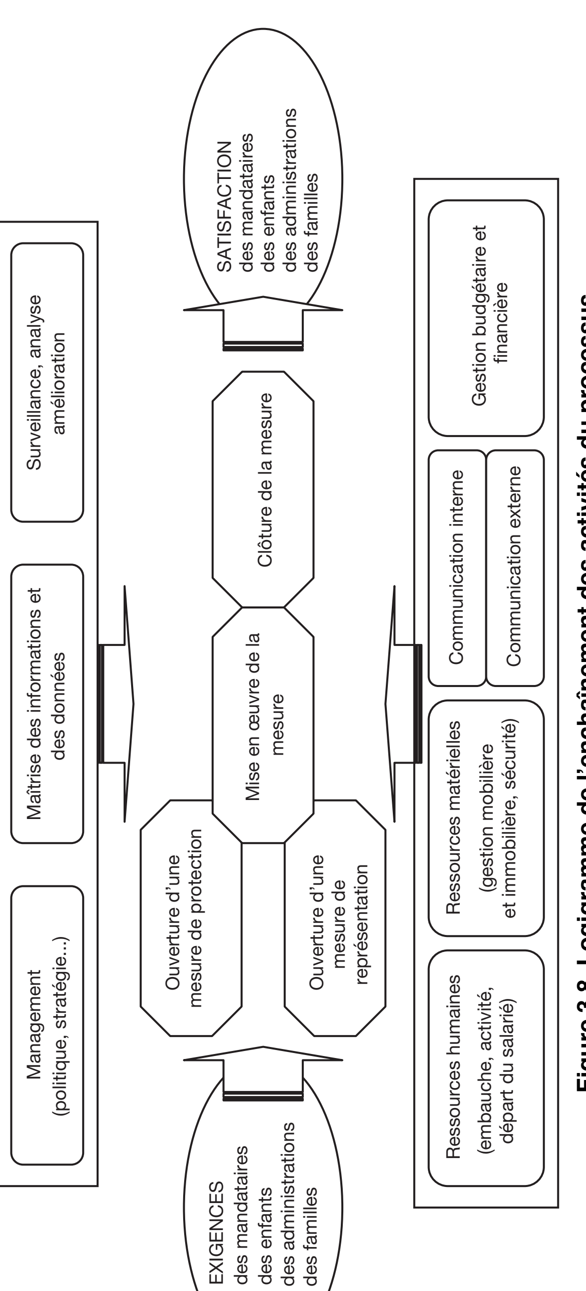


Figure 3.8 Logigramme de l'enchaînement des activités du processus

3.4.4 Références normatives

Les dispositions prises en matière de management de la qualité répondent aux exigences de la norme NF EN ISO 9001 version 2008, sans aucune exclusion. Elles sont aussi conformes à toutes les obligations légales et réglementaires relatives à notre profession.

3.4.5 Maîtrise des documents

Cette maîtrise permet d'assurer :

– que les collaborateurs disposent des consignes, des données et des informations actualisées qui leur sont nécessaires pour mener à bien les tâches qui leur sont confiées ;
– que le savoir-faire du centre est pérennisé.

Documents et données sont accessibles et consultables par tous sur le système intranet du centre.

Une veille réglementaire est assurée par le représentant de la direction pour le management de la qualité. Il met à jour chaque fois que nécessaire, après accord de la direction, les informations du système intranet.

Un document répertorie les enregistrements de la qualité en précisant pour chacun d'eux les modalités de classement et d'archivage.

3.4.6 Planification de l'activité

Elle passe essentiellement par les revues de direction (au moins une fois par an) et deux comités de direction par an consacrés à cette planification et à l'amélioration du système de management de la qualité.

● **Les revues de direction**

Elles sont animées par le représentant de la direction. Y participent, la direction, les chefs de service et les pilotes de processus.

Tout ou partie des thèmes suivants sont traités au cours de la revue :

– bilan de l'activité et examen des tableaux de bord au regard, en particulier, des objectifs définis pour chaque processus ;
– bilan des enquêtes de satisfaction clients et des éventuelles réclamations enregistrées ;

- analyse des non-conformités rencontrées et des solutions mises en œuvre ou proposées ;
- résultats de l'audit du système de management de la qualité ;
- actions d'amélioration de la qualité envisagées ou en cours.

La revue permet de s'assurer de l'efficacité du système de management de la qualité.

Des objectifs, découlant de la politique du centre, sont fixés et/ou actualisés en fin de revue pour chacun des processus.

Ces objectifs portent notamment sur :

- le niveau de qualité des prestations ;
- le respect des engagements de service ;
- la maîtrise des processus de réalisation.

La revue de direction fait l'objet d'un compte-rendu largement diffusé dans le centre.

● **Les comités de direction « management de la qualité »**

Ils sont également le cadre privilégié pour décider des évolutions du SMQ. Ces évolutions peuvent résulter :

- des améliorations possibles en matière de satisfaction clients ;
- de demandes nouvelles des prescripteurs, partenaires et bénéficiaires ;
- des évolutions de la réglementation ;
- du choix possible de nouvelles méthodes ou de nouveaux outils.

Ces réunions font l'objet de comptes-rendus indiquant les décisions prises, qu'elles portent sur l'amélioration des processus, de nouvelles orientations services ou des besoins en ressources, ainsi que le responsable et le délai pour la mise en œuvre de la décision.

3.4.7 Maîtrise des ressources

Un processus budgétaire, tant pour le fonctionnement que pour les investissements, est le socle de la maîtrise des ressources. Les résultats financiers sont suivis trimestriellement et permettent d'ajuster l'organisation en fonction des moyens disponibles.

● **Ressources humaines**
(*Voir figure 3.9 Ressources humaines ci-contre*.)

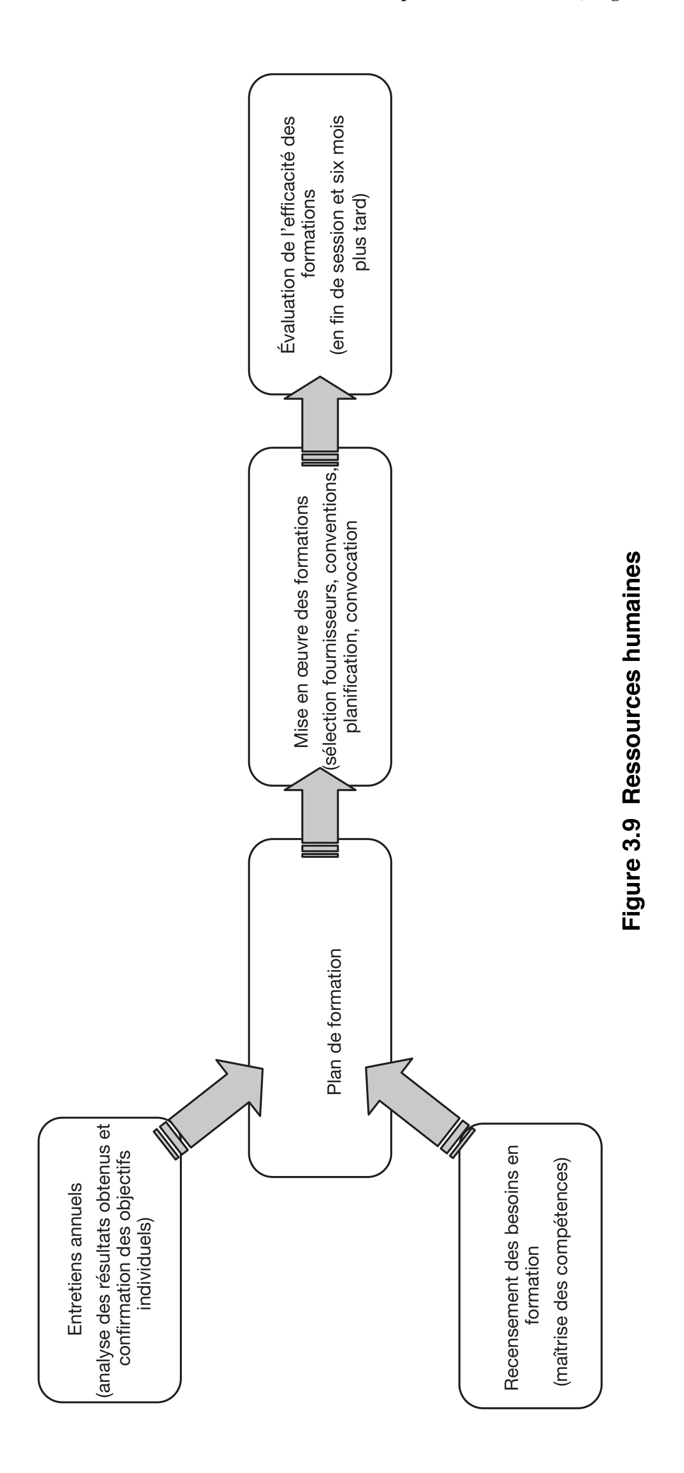
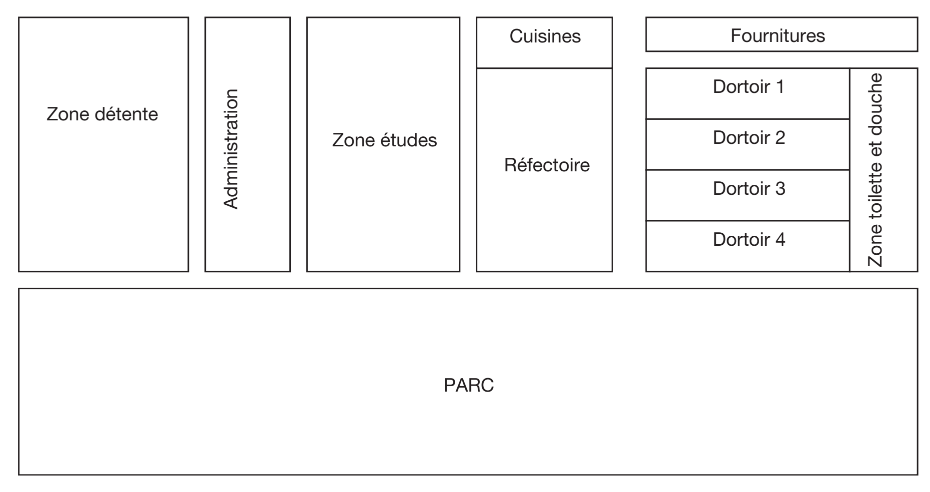


Figure 3.9 Ressources humaines

● **Infrastructures et moyens matériels**

Le centre dispose :

– de locaux adaptés à son activité. L'implantation et la disposition des locaux sont indiquées sur le schéma ci-dessous ;



– d'un système d'information et de transmission interne permettant d'exercer une coordination et une surveillance adaptées aux besoins du centre et à son activité ;

– un système de communication externe lui permettant d'avoir rapidement accès aux services d'urgence, mais aussi à ses prescripteurs et aux différentes administrations concernées.

3.4.8 Surveillance, mesure, analyse et amélioration

Le centre fait l'objet d'une évaluation annuelle de nos mandataires. De plus nous sommes soumis aux inspections réglementaires réalisées par les administrations compétentes.

Le centre pratique occasionnellement des enquêtes de satisfaction auprès des familles et, le cas échéant, auprès des enfants.

3.4.9 Efficacité des processus

L'efficacité des processus est mesurée de deux façons différentes :

– par l'atteinte des objectifs fixés en revue de direction ;
– en utilisant une matrice d'efficacité, établie par le centre, qui prend en compte les différents aspects du fonctionnement d'un processus (management et pilotage, documentation, système d'amélioration, vitalité…).

3.4.10 Non-conformités, actions correctives et préventives

Les non-conformités et les réclamations font l'objet d'un enregistrement sur une fiche de constat et d'amélioration.

Le traitement de la non-conformité (actions correctives) est assuré par le responsable hiérarchique en étroite collaboration avec le représentant management de la qualité de la direction.

L'avancement des actions correctives et les solutions proposées sont examinés au cours de réunions mensuelles consacrées au fonctionnement du système de management de la qualité.

Les actions préventives sont traitées en appliquant les mêmes règles que pour les actions correctives

3.4.11 Audits internes

Ils permettent de s'assurer de l'application, de l'adéquation et de l'efficacité du système de management de la qualité et contribuent ainsi à son amélioration. Ils sont planifiés et réalisés conformément aux dispositions décrites dans la norme ISO 19001

Le rapport d'audit est remis à la direction, au représentant de la direction pour le management de la qualité et au responsable des activités auditées.

Le représentant de la direction pour le management de la qualité s'assure de l'efficacité des actions correctives nécessaires pour le traitement des non-conformités relevées.

L'examen de la synthèse des audits en revue de direction peut conduire à la mise en place de nouvelles actions correctives ou préventives.

3.4.12 Analyse des données et amélioration

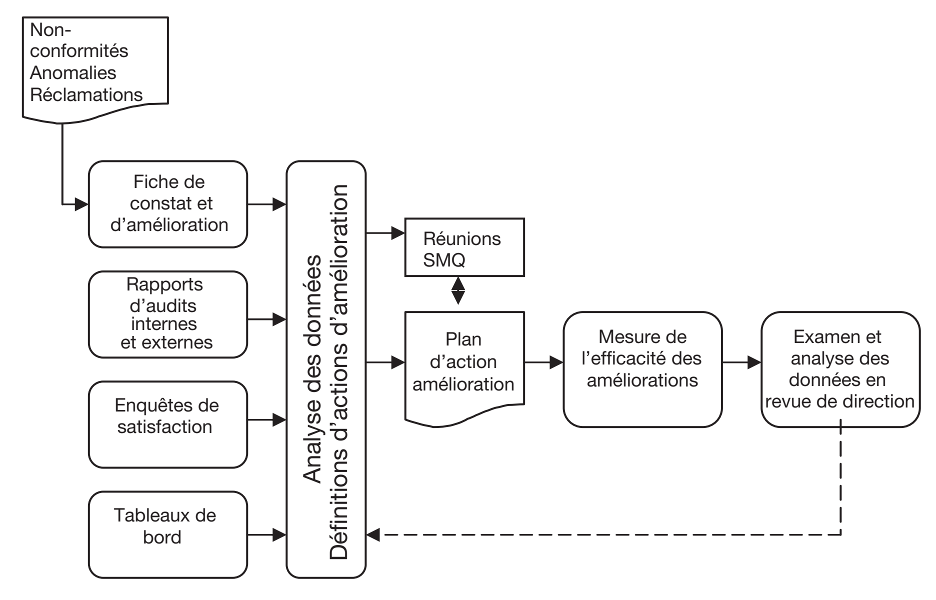


Figure 3.11 Analyse et amélioration

3.4.13 Organisation du centre

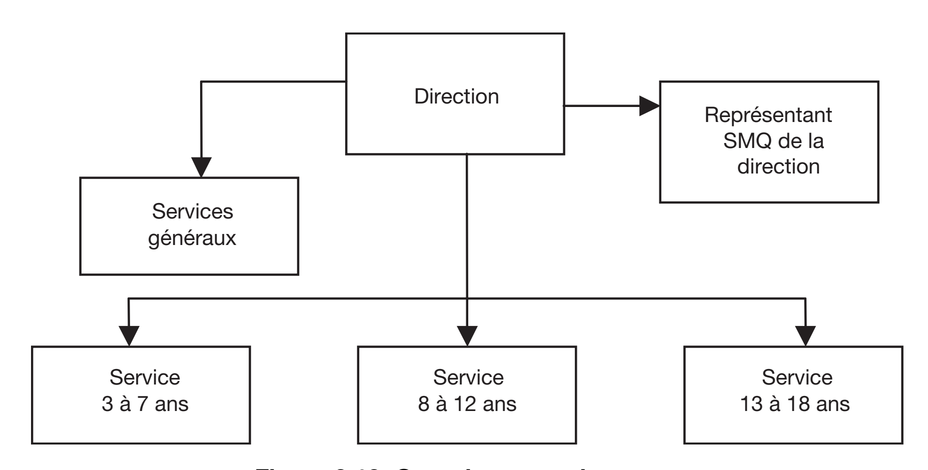


Figure 3.12 Organigramme du centre

Les enfants de moins de trois ans font l'objet d'une prise en charge individuelle.

3.5 MMQ d'un organisme de formation (Thierry)

3.5.1 Objet et domaine d'application

● Objet

Renvoi : § 4.2.2 Manuel qualité*

Ce manuel constitue une référence pour le management de la qualité au sein de *nom de l'organisme*. Il présente la politique et les objectifs qualité, l'organisation, les méthodes et les moyens permettant la mise en œuvre et le suivi d'un système de management de la qualité (SMQ) efficace.

● Domaine d'application

Renvoi : § 4.2.2 a) Manuel qualité

Le système de management de la qualité décrit dans ce manuel concerne toutes les activités de *nom de l'organisme* à savoir : la conception, le développement et la réalisation de prestations de formation.

Lorsque *nom de l'organisme* intervient en sous-traitance d'un autre organisme, seule la réalisation de prestations est soumise à l'application des exigences du présent manuel.

3.5.2 Références normatives et exclusions

Les dispositions prises en matière de management de la qualité répondent aux exigences de la norme NF EN ISO 9001 version 2008, sans aucune exclusion.

> *Éventuellement, dautres référentiels imposés par des clients, des administrations ou la profession peuvent être cités à ce niveau.*

3.5.3 Pilotage du SMQ

Renvoi : § 5.1 Engagement de la direction

● Engagement de la direction

La réputation que nous avons acquise, nous la devons à notre organisation, à nos méthodes de travail et à nos qualités d'accueil et d'écoute. Notre démarche qualité doit nous permettre de répondre au mieux aux besoins de nos partenaires et de nos apprenants. Elle doit aussi nous permettre d'assurer l'efficience de nos pratiques administratives et pédagogiques.

---

* Les renvois des fiches font référence au texte de la norme NF EN ISO 9001:2008.

La direction s'engage à mettre en place l'organisation et à fournir les moyens nécessaires à l'obtention et au maintien de la certification ISO 9001 version 2008 pour *nom de l'organisme*.

La direction s'engage également à définir des plans d'actions dans le cadre d'une amélioration permanente du SMQ et à assurer l'évaluation des performances de la démarche engagée. L'efficacité de cet engagement et la réussite de cette démarche dépendent de la participation effective de chacun.

Pour atteindre nos objectifs, nous devons veiller à :

- accepter le débat et en tirer tous les avantages qui peuvent résulter de la confrontation des idées ;
- veiller à faire preuve de rigueur et de professionnalisme à chaque étape de nos processus ;
- faire preuve de transparence pour donner toute sa valeur au contrôle qualitatif continu.

J'assure personnellement le pilotage et la coordination de toutes les opérations ayant trait au bon fonctionnement du SMQ. Je suis assisté pour cette mission par *nom ou fonction* représentant de la direction.

Nous attendons de notre démarche un renforcement de l'efficience des actions de formation que nous concevons et que nous réalisons pour satisfaire au mieux les bénéficiaires et les prescripteurs de ces formations.

3.5.4 Politique et objectifs qualité

Renvoi : § 5.3 Politique, § 5.4.1 Objectifs

Dans le souci constant d'atteindre l'excellence et de s'y maintenir, mais aussi de satisfaire au mieux nos clients, notre politique s'articule autour de trois axes :

- améliorer notre performance commerciale et développer notre notoriété ;
- assurer l'efficacité de notre système de management de la qualité ;
- veiller à l'efficience de notre fonctionnement.

Chaque année, la direction définit les objectifs à atteindre ainsi que les axes d'amélioration de notre SMQ.

La politique et les objectifs font l'objet de présentations et d'explications dans le cadre de la communication interne. C'est au travers, en particulier, des

audits internes qu'il est vérifié que la politique est comprise de tous. Quant aux objectifs, ils font l'objet d'un suivi mensuel et sont revus régulièrement.

Nota : ce chapitre peut faire l'objet d'un document séparé du manuel. Cela présente l'avantage de pouvoir être plus précis et, par exemple, de fixer au niveau de l'organisme des objectifs chiffrés modifiables chaque fois que cela s'avère nécessaire. Lorsque ces éléments sont inclus dans le manuel, leur mise à jour est moins aisée et entraîne des coûts non négligeables (mise à jour et diffusion du manuel).

3.5.5 Planification du SMQ

La planification de notre SMQ se définit selon trois axes :

– la planification des actions qui visent à assurer l'amélioration continue du SMQ (audits internes, revue de direction, actions correctives et préventives, toutes actions d'amélioration, etc.) ;
– la planification d'opérations importantes susceptibles de modifier la teneur du SMQ (par exemple : mise en œuvre d'un nouveau processus, installation de nouveaux équipements ou modification des infrastructures, mise en place d'une nouvelle organisation, etc.) ;
– une planification que l'on peut qualifier d'« opérationnelle », qui consiste à veiller à la prise en compte des exigences des bénéficiaires (stagiaires, par exemple) et des prescripteurs.

3.5.6 Organisation

L'organisation de *nom de l'organisme* est conçue en fonction des lignes directrices suivantes :

– définir une offre cohérente de produits et des prestations intégrées comme peuvent le souhaiter les clients ;
– mettre en œuvre les moyens pour assurer la compétitivité ;
– promouvoir la qualité et en faire un moteur de progrès ;
– conduire une politique industrielle vis-à-vis des fournisseurs.

(Mettre ici un organigramme fonctionnel et prévoir séparément un organigramme nominatif, identifié, daté et signé).

● **Représentant de la direction**

Renvoi : § 5.5.2 Représentant de la direction

Il remplit aussi la fonction de responsable qualité et, à ce titre :

- assure que les processus nécessaires au système de management de la qualité sont établis, mis en œuvre et entretenus ;
- rend compte à la direction du fonctionnement du système de management de la qualité et de tout besoin d'amélioration ;
- assure que la sensibilisation aux exigences du client dans tout l'organisme est encouragée ; il est l'interlocuteur privilégié de tout client ou organisme désirant s'assurer de l'application des dispositions garantissant le niveau de qualité des produits ou services.
- assure la maîtrise des documents qualité (manuel qualité, procédures…).
- organise et suit les audits internes sur l'ensemble du SMQ, assure la maîtrise des non-conformités ;
- assure la sensibilisation des collaborateurs à la qualité. S'assure que les dispositions du SMQ sont connues et respectées de tous. Motive le personnel par l'implication et l'information.
- gère la liste des fournisseurs agréés en procédant à leur évaluation ;
- prépare et organise la revue de direction.

● **Organigramme**

Renvoi : § 5.5 Responsabilité et autorité

(Mettre ici un organigramme fonctionnel et prévoir séparément un organigramme nominatif, identifié, daté et signé).

● **Responsabilités**

Renvoi : § 5.5.1 Responsabilité et autorité

Elles apparaissent clairement dans la description des processus.

Dans les cas exceptionnels où cette description ne serait pas suffisamment détaillée, une fiche de fonction est établie.

Enfin, chaque personne ayant des responsabilités hiérarchiques dispose d'une fiche de délégation la concernant.

3.5.7 Structure de la documentation

Renvoi : § 4.2 Exigences relatives à la documentation

Nom de l'organisme a mis en œuvre une gestion des documents du système de management de la qualité qui assure que les documents sont :

- identifiés et validés ;
- revus et approuvés ;
- disponibles aux endroits pertinents ;
- retirés des points de diffusion lorsque périmés ou identifiés adéquatement lorsque conservés pour référence.

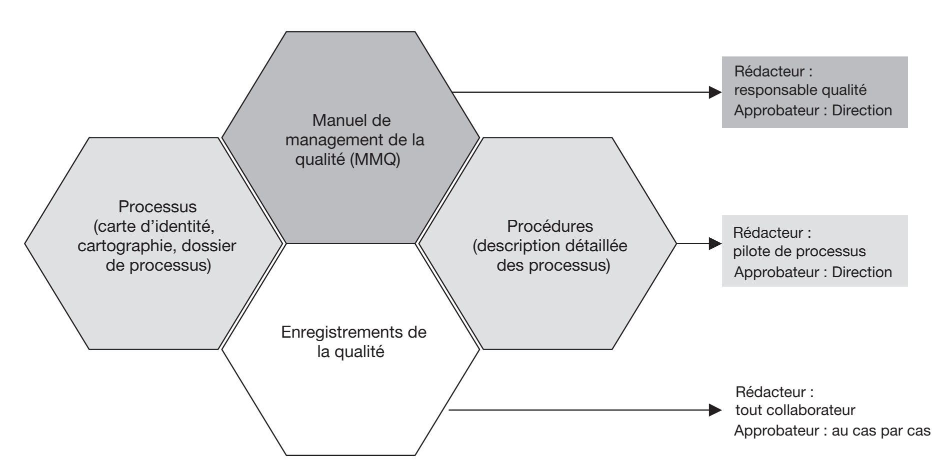


Figure 3.13 Structure de la documentation

● Le manuel de management de la qualité

Renvoi : § 4.4.2 Manuel de la qualité

Le manuel qui peut être remis à l'extérieur de l'entreprise (client, autorités administratives…), sur décision de la direction, permet à une personne extérieure à *Nom de l'organisme* de comprendre la politique qualité et l'organisation de la société. Il constitue le document de référence pour l'exécution des audits.

● Les procédures

Les procédures déclinent opérationnellement, en particulier à travers la description des processus, la politique de gestion de la qualité définie dans le manuel. Elles précisent les modalités d'échange aux interfaces.

Tenues à disposition des organismes extérieurs (clients, autorités administratives, organisme tierce partie), elles sont auditables. Elles sont rédigées par les pilotes de processus et éditées par le responsable qualité après approbation par la direction. (Voir en annexe C la liste des procédures)

- **Les enregistrements de la qualité**

Renvoi : § 4.2.4 Maîtrise des enregistrements

Le document *identification du document* répertorie les enregistrements de la qualité et précise pour chacun d'eux : les responsabilités en matière de classement et de mise en archives, la durée d'archivage ainsi que les modalités de destruction.

- **La documentation d'origine extérieure**

Les données contractuelles, juridiques et réglementaires applicables à la formation et à son environnement, sont analysées et diffusées à toute personne qui aurait à les exploiter.

3.5.8 Maîtrise des documents et des données

- **Identification des documents**

Les activités qui influent sur la qualité des produits et services sont réalisées suivant des documents ou des fichiers de données parfaitement identifiés. Ces documents et ces fichiers sont identifiés par un numéro d'identification propre à *nom de l'organisme* .

L'émetteur attribue à chaque indice de révision d'un document un "état" qui caractérise le contenu du document (document en cours d'élaboration, document non finalisé mais qui peut être utilisé pour certaines applications particulières, document finalisé qui peut être utilisé sans restriction).

- **Approbation et diffusion des documents**

Des règles ont été établies pour assurer que :

– avant toute diffusion, la vérification des documents et des données a été faite par du personnel compétent ;

– les documents et les données diffusés pour application ont reçu toutes les approbations nécessaires (y compris celle du client si requis) ;

– l'utilisateur dispose des documents et des fichiers de données à l'indice applicable sur les lieux de travail avant le début des activités.

● **Mise sous contrôle des documents et des données**

L'utilisateur d'un document a la responsabilité de vérifier l'indice applicable à partir de répertoires ou de listes de documents applicables mis à sa disposition. De la sorte, aucune utilisation de documents périmés n'est possible. Le retrait de ces derniers est, dans ces conditions, de la responsabilité des personnes qui en disposent.

● **Changements/modifications des documents et des données**

Les modifications apportées aux documents ou aux données sont soumises à des dispositions équivalentes à celles utilisées pour gérer les documents ou données d'origine.

Les mesures mises en place permettent de garantir que l'approbation des modifications apportées à un document ou une donnée est réalisée avant utilisation du document ou de la donnée modifiée.

3.5.9 Communication interne

Renvoi : § 5.5.3 Communication interne

En dehors des différents supports de communication (tableaux d'affichage, journal interne, intranet, etc.), une grande partie de la communication interne se fait à l'occasion de réunions planifiées.

Tableau 3.1 Réunions planifiées

Type de réunion	Fréquence	Animateur	Participants
Comité de direction	Mensuelle	Directeur général	Chefs de département. Responsables administratifs.
Réunion de département	Bimestrielle	Chef de département	Responsables hiérarchiques du département.
Revue de processus	Mensuelle	Pilote de processus	Représentants des fonctions concernées par le processus.
Revue de direction	Semestrielle	Responsable qualité	Directeur général. Chefs de département. Responsables administratifs. Responsable qualité.

3.5.10 Relations client

Renvoi : § 5.2 Écoute client

- **Écouter le marché, les bénéficiaires et les prescripteurs. Mesurer leur satisfaction**

La compréhension du marché et « l'écoute client » sont à la base du savoir-faire de *nom de l'organisme*.

Il s'agit au travers de cette écoute :

– de renforcer notre partenariat avec les clients ;

– de fidéliser notre clientèle.

Les besoins et attentes du client sont analysées et font l'objet de comptes-rendus ou de notes d'analyse qui sont soumises à la direction générale pour suite à donner.

Les activités d'enquête sur la perception du client permettent aussi à *nom de l'organisme* d'avoir un contact direct avec le client et une meilleure compréhension de ses exigences.

– Écoute des bénéficiaires

Au cours des formations, un temps est systématiquement réservé à chaque étape importante pour que les bénéficiaires et le responsable pédagogique puissent échanger sur le contenu et le déroulement de la formation.

Une fiche de suggestion est à la disposition des bénéficiaires pour communiquer leurs suggestions ou réclamations.

À la fin de chaque session, les bénéficiaires sont appelés à remplir une fiche d'évaluation de la formation.

Des questionnaires sont envoyés annuellement afin d'avoir une évaluation de l'efficacité de la formation dispensée.

– Écoute des prescripteurs

L'écoute des prescripteurs se fait essentiellement sur la base d'enquêtes annuelles comprenant deux volets :

– évaluation de la satisfaction quant à l'efficacité des formations auxquelles des agents des prescripteurs ont suivi ;

– recueil des souhaits en termes de contenus et d'organisation.

Ces données, auxquelles viennent s'ajouter les informations recueillies au cours de différents contacts avec les prescripteurs, permettent de faire évoluer l'offre de *nom de l'organisme* .

Toute réclamation, qu'elle soit le fait d'un prescripteur ou d'un bénéficiaire, fait l'objet d'une action corrective. L'émetteur de la réclamation est systématiquement informé du résultat de l'action corrective.

3.5.11 Détermination des besoins et attentes des clients

Renvoi : § 7.2.1 Détermination des exigences relatives au produit

● **Bénéficiaires**

À chaque début de session, l'intervenant demande aux bénéficiaires d'exprimer leurs besoins (explicites).

Les principaux besoins implicites, rarement exprimés, des bénéficiaires sont les suivants :

– acquérir les connaissances et savoir-faire correspondant aux objectifs de la formation ;
– disposer des moyens pédagogiques (contenus-enseignants), et logistiques, permettant d'acquérir ces connaissances et savoir-faire ;
– bénéficier d'un suivi pédagogique et administratif, d'un soutien ou d'une orientation en cas de difficulté lors de sa formation ;
– et, bien évidemment, obtenir le diplôme visé.

● **Prescripteurs**

Les besoins explicites des prescripteurs se trouvent dans l'appel d'offres et/ou dans la commande. Ces besoins sont toujours examinés avec le client pour s'assurer qu'il n'y a pas d'écart entre l'expression du besoin et le besoin réel.

Des besoins (implicites) sont systématiquement pris en compte, bien que rarement clairement exprimés :

– voir réaliser des formations conformément à leur commande ;
– avoir des stagiaires formés aux besoins de l'entreprise ;
– avoir un suivi administratif correspondant aux dispositions légales et aux conditions générales contenues dans la commande.

Des revues sont réalisées à chaque étape de mise au point des exigences du prescripteur. Ces revues permettent à *nom de l'organisme* de s'assurer que nous sommes en mesure de réaliser la formation demandée dans les conditions souhaitées par le prescripteur (revue de contrat).

3.5.12 Communication avec les clients

La communication externe de *nom de l'organisme* utilise plusieurs supports :

- le site internet ;
- des e-mails, courriers, téléphone ;
- des communiqués dans la presse locale ;
- la diffusion de plaquettes commerciales, etc.

Par ailleurs, *nom de l'organisme* organise annuellement un colloque sur un thème choisi avec des prescripteurs, au cours duquel la majorité des intervenants sont soit des prescripteurs, soit des professionnels de la formation n'appartenant pas à *nom de l'organisme*.

La communication avec les bénéficiaires se réalise tout au long de la prestation. Elle est complétée par l'affichage, la mise à disposition d'un accès au site internet et par la remise à chaque stagiaire d'une plaquette concernant la formation à laquelle il est inscrit.

3.5.13 Mesure de la satisfaction client

Renvoi : § 8.2.1 Satisfaction client

● **Mesure auprès des prescripteurs**

La satisfaction des prescripteurs est évaluée en réalisant des enquêtes (envoi de questionnaires) au moins une fois par an. La méthode d'enquête est validée par la direction.

Les préoccupations et les suggestions d'améliorations exprimées par le client sont examinées en comité de direction.

● **Mesure auprès des bénéficiaires**

Les bénéficiaires sont interrogés à chaud sur leur niveau de satisfaction de façon informelle tout au long de leur formation. Une enquête est réalisée trois

mois après la formation afin de connaître le niveau de satisfaction quant à l'utilisation des acquis.

3.5.14 Management des ressources

- **Ressources humaines (maîtrise des compétences et formation)**

Renvoi : § 6.2 Ressources humaines
Renvoi : § 6.2.2 Compétence, sensibilisation et formation

Des dispositions sont prises pour assurer que les personnels exerçant des activités qui influent sur la qualité ont la compétence requise pour s'acquitter de leur tâche.

Ces dispositions permettent de vérifier que les différents agents :

– ont acquis et conservent la compétence nécessaire à leurs activités ;
– sont formés et informés sur le but, le contenu et les modalités d'application du système qualité couvrant leurs activités.

De plus, ces dispositions comprennent les mesures permettant de définir les niveaux de compétence applicables à certains types d'activités (audits par exemple).

Le responsable des ressources humaines tient à jour une matrice de compétences qui définit les niveaux de formation et de savoir-faire nécessaires pour remplir efficacement une fonction.

L'adéquation entre les compétences d'un agent et les compétences nécessaires au poste qu'il occupe est examinée lors de « l'entretien individuel annuel » de l'agent avec son supérieur hiérarchique.

Sur la base des besoins exprimés au cours des entretiens individuels annuels et des besoins prévisibles pour soutenir l'activité de *nom de l'organisme*, un plan de formation annuel est établi et des moyens sont mis en œuvre pour assurer le suivi de sa réalisation.

L'efficacité des formations dispensées au personnel de *nom de l'organisme* fait l'objet d'une mesure à chaud par le stagiaire (ses attentes sont-elles satisfaites ?) en fin de stage et d'une nouvelle mesure six mois plus tard par le responsable hiérarchique du stagiaire (la formation a-t-elle donné les résultats attendus ?).

3.5.15 Infrastructures et environnement de travail

Renvoi : § 6.3 Infrastructure, § 6.4 Environnement de travail

Nom de l'organisme est situé sur un site regroupant l'ensemble de ses départements. L'activité de *nom de l'organisme* ne nécessite pas l'application d'exigences particulières et spécifiques concernant l'environnement de travail.

Mettre ici des éléments qui vous sont propres.

Seules les exigences classiques en matière de nettoyage et de maintenance des locaux sont applicables.

3.5.16 Ressources financières

Les ressources financières de *nom de l'organisme* proviennent :

- des conventions individuelles ou collectives ;
- des paiements individuels (bénéficiaires).

C'est à partir de l'équilibre entre ces financements et les dépenses d'investissement et de fonctionnement qu'est bâti le budget.

3.5.17 Management des processus

Renvoi : § 4.1 Système de management de la qualité

● **Cartographie des processus**
(*Voir Figure 3.14 ci-contre*.)

● **Maîtrise des processus**

Renvoi : § 7.1 Planification de la réalisation de la prestation

Chaque processus fait l'objet d'une fiche « carte d'identité » qui définit :

- sa finalité ;
- la première et la dernière tâche du processus ;
- les données d'entrée ;
- les sous-processus ;
- les données de sortie ;
- le pilote ;
- les indicateurs de performance.

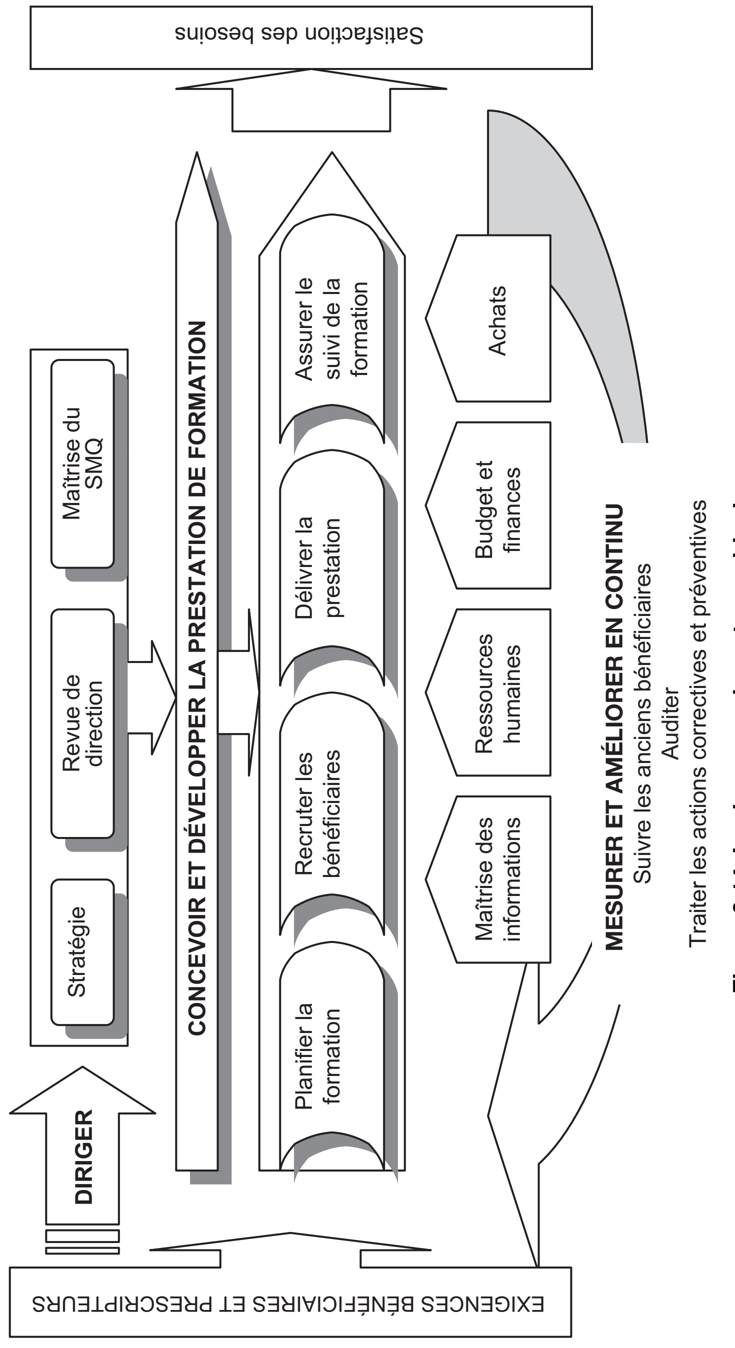


Figure 3.14 Logigramme de cartographie des processus

Le management d'un processus est assuré par un pilote de processus désigné par la direction. Le pilote rend compte au Comité de direction.

● **Interaction entre les processus**

Renvoi : § 4.2.2 c) Manuel qualité

Les processus de *nom de l'organisme* sont décrits dans des procédures. Ces descriptions font apparaître les interactions entre les processus aussi bien au niveau entrant (processus qui fournit des informations) qu'au niveau sortant (informations fournies à un autre processus).

3.5.18 Revue de contrat

La direction générale ou la personne désignée pour établir une offre est responsable de la réalisation d'une revue avant soumission de l'offre pour assurer que toutes les exigences sont correctement identifiées, analysées, prises en compte et que la société a la capacité à satisfaire les exigences du client. Pour ce faire elle consulte, autant que de besoin, les personnes impliquées par la réalisation de l'affaire, et le cas échéant, après discussion ou négociation avec le client, modifie l'offre ou fait acter de l'accord intervenu avec le client.

À réception de tout document ayant valeur contractuelle (lettre d'intention, commande, contrat, avenant, etc.), la direction générale ou le responsable désigné fait la revue de son contenu par rapport aux conditions proposées dans l'offre. En cas d'écart, elle doit obtenir l'accord des personnes concernées par l'écart avant l'acceptation du contrat ou formuler et discuter avec le client des réserves afin d'arriver à un accord.

L'importance (volume, degrés de détail) de ces revues dépend de la phase (offre ou acceptation de contrat ou de commande) et de la nature de l'affaire (complexité, nouveauté, taille…).

Le chef de projet ou le chargé d'affaires qui sera responsable de la réalisation du contrat est toujours, *a minima*, associé à la phase finale de la revue de contrat.

Des enregistrements de ces revues sont conservés.

3.5.19 Conception d'une formation

Renvoi : § 7.3 Conception et développement

Le processus de conception comprend différentes phases :

- la phase de faisabilité, qui permet de s'assurer que le cahier des charges pourra être satisfait dans des conditions acceptables de coût, de délai et de qualité sans prendre des risques trop importants ;
- les études détaillées de conception qui, sur la base du cahier des charges et des choix techniques et organisationnels retenus aboutit à la définition de la formation (spécification de la solution retenue, conception de la solution telle que spécifiée techniquement, développement de la solution telle que conçue) ;
- le développement au cours duquel sont pris en compte les exigences relatives à l'environnement et à la mise en œuvre de la formation ; à noter que cette phase est, dans de nombreux cas, confondue avec la précédente.
- la validation et l'évaluation qui consiste à s'assurer que la formation telle que conçue correspond effectivement aux besoins et attentes du client.

Des revues sont réalisées à la fin de chaque phase. Elles permettent de s'assurer que l'on dispose bien de toutes les données (cohérentes) pour permettre l'enclenchement de la nouvelle phase.

Des enregistrements de ces revues sont conservés.

3.5.20 Gestion des achats

Les dispositions prises pour garantir que les produits et services achetés sont conformes aux exigences spécifiées, concernent :

- le choix du fournisseur (évaluation et agrément avant passation de la commande) ;
- la préparation des documents d'approvisionnement (données d'achat) ;
- la vérification du produit ou service acheté.

Les achats sensibles, qui ont une incidence directe sur la qualité, sont essentiellement les prestations réalisées par des intervenants qui ne font pas partie du personnel permanent de *nom de l'organisme* .

Les formateurs prestataires font l'objet d'une évaluation, *a minima* annuelle, basée sur une grille préétablie.

La liste des fournisseurs référencés est revue au cours des revues de direction sur la base des résultats des évaluations.

3.5.21 Réalisation de la prestation

- **Préparation et validation des processus de réalisation**

Les dispositions mises en place en matière de préparation du service et de validation des processus de réalisation sont décrites dans des procédures particulières établies à partir de check-lists et adaptées au contexte particulier de chaque formation.

- **Identification et traçabilité**

Renvoi : § 7.5.3 Identification et traçabilité

Les formations sont identifiées par leur titre, leur année de réalisation, le nom du formateur et un numéro de version.

- **Propriété du client**

Renvoi : § 7.5.4 Propriété du client

Sont considérés comme propriété du bénéficiaire :

- les dossiers de contrôle des connaissances ;
- le dossier réalisé par le candidat dans le cadre d'une VAE (validation des acquis de l'expérience).

Ces documents font l'objet d'une attention particulière et sont conservés dans une armoire forte.

Sont considérés comme propriété du prescripteur :

- les locaux et le matériel mis à disposition par le prescripteur pour la réalisation des formations intra-entreprise.

3.5.22 Surveillance et mesure de la prestation

Renvoi : § 8.2.3 Surveillance et mesure de la prestation

Notre dispositif de mesure et de surveillance est totalement intégré au déroulement opérationnel de nos prestations.

Il se traduit par des étapes de contrôle et de validation décrites dans les processus et les procédures.

Ces contrôles et validations permettent :

– de s'assurer de la conformité de la prestation avec les exigences du client et celles de notre système de management de la qualité ;
– d'identifier rapidement les cas de non-conformité.

Tableau 3.2 Surveillance et contrôles associés aux processus de réalisation

Processus de réalisation	Surveillance et contrôles
Concevoir et développer la formation.	Vérifier et valider la formation[92].
Planifier la prestation.	Vérification de la disponibilité des intervenants des salles et du matériel nécessaire.
Recruter les bénéficiaires.	Établissement et validation des fiches pédagogiques et administratives. Vérification et signature de la convention de formation. Établissement et acceptation de la fiche de liaison VAE[93].
Délivrer la prestation.	Contrôle d'inscription et de paiement de la prestation. Contrôle de réalisation des différents modules.
Assurer le suivi de la prestation.	Contrôle de présence, fiche de présence. Attestation de participation. Contrôle des connaissances. Établissement du procès-verbal VAE.

92 La réalisation de la première session de formation vaut validation. Nous avons à faire à un processus spécial dont la validation ne peut se faire que par une réalisation.
93 VAE : validation des acquis de l'expérience.

3.5.23 Maîtrise des non-conformités

Renvoi : § 8.3 Maîtrise des non-conformités

L'identification d'une non-conformité par le personnel peut avoir différentes origines :

- interne : dysfonctionnement matériel ou défaut d'organisation ;
- fournisseur : produit ou prestation non conforme à la commande ;
- client : réclamation écrite ou orale des bénéficiaires ou prescripteurs.

Toute non-conformité donne lieu à l'émission d'une fiche qui précise :

- l'identification du produit concerné ;
- la description de la non-conformité, y compris les critères d'acceptation concernés ;
- les mesures provisoires, éventuellement nécessaires, pour isoler le produit afin qu'il ne puisse être utilisé de façon non intentionnelle ;
- les modalités d'information du client lorsqu'une exigence contractuelle est concernée, ainsi que les modalités d'obtention de son accord ;
- la décision prise avec mention ou référence des accords requis, y compris les nouvelles exigences de vérification. La décision peut être une remise en conformité.

Toute non-conformité est soumise au responsable Qualité qui est responsable du traitement et de la gestion de la fiche correspondante.

3.5.24 Mesures (audits internes)

Renvoi : § 8.2.2 Audit interne

Le responsable Qualité établit un programme annuel d'audits couvrant l'ensemble des activités de *nom de l'organisme* . Ce programme est approuvé par la Direction Générale avant sa mise en œuvre.

Ce programme prévoit :

- des audits réalisés par du personnel qualifié qui n'a pas de responsabilité dans le domaine objet de l'audit ;
- des questionnaires établis avant l'audit permettant une évaluation objective du système qualité et de leur mise en application.

En plus de ce programme, des audits peuvent être réalisés sur demande de la direction générale :

– lorsque des modifications notables sont apportées à l'organisation ;
– lorsqu'il apparaît que la qualité d'une prestation est compromise en raison d'une insuffisance dans le système qualité ;
– lorsqu'il est nécessaire de vérifier la mise en œuvre d'actions correctives.

Le responsable Qualité réalise ou fait réaliser les audits, à l'exception de ceux couvrant ses propres activités. Les activités du responsable Qualité et des auditeurs sont auditées par un auditeur (interne ou externe à *nom de l'organisme*) désigné par la direction générale.

Au cours des audits, l'auditeur vérifie :

– la conformité du système de management de la qualité aux exigences de la norme ISO 9001 ;
– l'efficacité de la mise en œuvre du système de management de la qualité ;
– la compétence des personnes en fonction des travaux qu'elles ont à exécuter.

Chaque audit fait l'objet d'un rapport, établi par le responsable d'audit et diffusé aux cellules auditées. Ce rapport précise les déficiences éventuellement détectées et les actions de redressement demandées. Il est remis à la direction de *nom de l'organisme*. Le responsable qualité vérifie la mise en œuvre des actions de redressement avant de clore l'audit.

3.5.25 Surveillance et mesure des processus

Renvoi : § 8.2.3 Surveillance et mesure des processus

Pour chaque processus, le pilote de processus recueille les données d'information relatives au fonctionnement du processus considéré. La consolidation de ces données permet d'apprécier l'efficacité de chaque processus et d'identifier les sources potentielles d'amélioration.

Le tableau de bord du processus établi à partir de ces informations permet de suivre l'évolution de l'efficacité du processus. Il est examiné en revue de direction.

L'annexe A donne pour chaque processus et sous processus de *nom de l'organisme* les indicateurs de mesure permettant d'établir les tableaux de bord de processus. Cette liste d'indicateurs est revue au moins une fois par an au cours de la revue de direction.

L'annexe B rappelle le rôle du pilote de processus.

3.5.26 Revue de direction

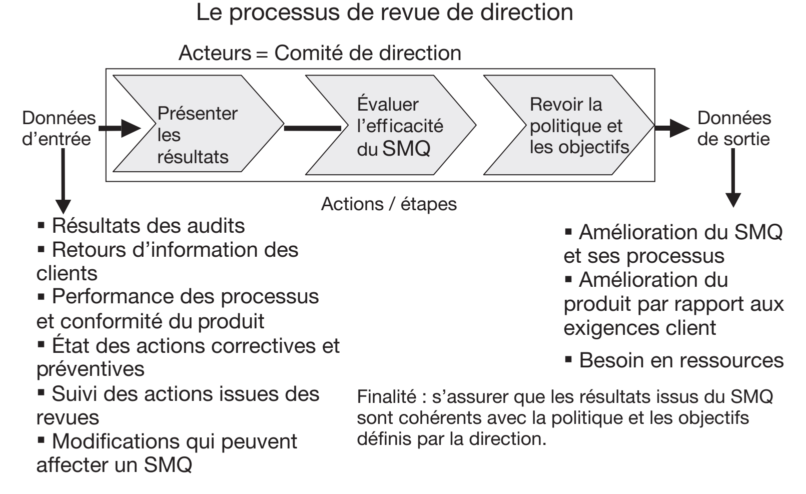


Figure 3.15 Processus de revue de direction

3.5.27 Analyses et amélioration (analyse des données)

Renvoi : § 8.4 Analyse

Afin de démontrer la pertinence du système de management de la qualité et d'évaluer son efficacité, les données suivantes sont collectées et analysées en revue de direction :

– indicateurs de performance des processus ;
– non-conformités et réclamations des clients ;
– résultats des audits ;
– résultats de l'enquête de la satisfaction de la clientèle ;
– rapport de revue de direction précédente ;
– actions correctives et préventives.

3.5.28 Amélioration continue

Renvoi : § 8.5.1 Amélioration continue

L'amélioration continue du système de management de la qualité passe par l'utilisation :

– la mise en œuvre de la politique qualité ;
– l'atteinte des objectifs qualité ;
– l'exploitation des résultats d'audits ;
– le traitement des actions correctives (AC) et des actions préventives (AP) ;
– la mise en œuvre des décisions prises lors des revues de direction.

3.5.29 Actions correctives

Renvoi : § 8.5.2 Actions correctives, § 8.5.3 Actions préventives

Des actions correctives et préventives sont menées, à un niveau correspondant à l'importance des problèmes et en rapport avec les risques encourus, pour éliminer les causes de non-conformité ou de défauts réels ou potentiels.

Un fichier des réclamations des clients est tenu à jour par la direction qualité de *nom de l'organisme*. Elle est chargée de les analyser pour déterminer les actions nécessaires, de les transmettre aux personnes concernées et d'assurer le suivi des actions pour garantir qu'une réponse satisfaisante est apportée aux clients.

Tout agent de *nom de l'organisme* qui a connaissance d'une situation potentiellement préjudiciable à la qualité peut déclencher la procédure d'action corrective et/ou préventive.

Le responsable qualité de *nom de l'organisme* s'assure que les demandes d'action corrective et/ou préventive sont traitées dans des délais raisonnables. Il est responsable de la gestion des fiches d'actions correctives et préventives et, en particulier, de la fermeture des dossiers d'action correspondants, après vérification de la mise en œuvre des décisions et évaluation de leur efficacité.

En particulier, lors du traitement de chaque fiche de non-conformité, le responsable qualité évalue systématiquement si une action corrective est nécessaire pour en éviter le renouvellement. De plus, la direction procède, au moins une fois par an, à un examen global des fiches de non-conformité traitées pour déceler les éventuelles non-conformités répétitives ou de même nature qui nécessiteraient une action corrective et/ou préventive. Cet examen fait l'objet d'un enregistrement qualité.

Annexe A

Processus et indicateurs associés

Processus de management	Sous-processus associés	Indicateurs
Diriger	Établir une stratégie.	Nombre de révisions imposées.
	Réaliser les revues de direction.	Dysfonctionnements relevés dans la préparation, la planification et la participation aux revues.
	Maîtriser le SMQ.	Nombre de dysfonctionnements constatés.
Mesurer et améliorer en continu	Réaliser des audits.	Écarts par rapport au planning prévisionnel.
	Traiter les dysfonctionnements	Nombre de dysfonctionnements traités hors délai.
	Réaliser des enquêtes clients.	Taux de clients satisfaits ou très satisfaits.
	Développer des actions préventives.	Nombre d'idées retenues émanant des groupes de progrès.

Processus supports	Sous-processus associés	Indicateurs
Maîtriser les informations	Assurer la qualité de la documentation.	Pourcentage de documents ayant nécessité une reprise.
	Assurer la veille métier et réglementaire.	
	Gérer la documentation.	
Ressources humaines	Gérer les compétences.	Taux de satisfaction du besoin en compétences.
	Assurer la formation du personnel	Pourcentage de réalisation du plan de formation.
	Recruter et intégrer du nouveau personnel.	
Budget et finances	Établir et suivre le budget.	
Achats	Qualité des fournisseurs.	Nombre de dysfonctionnements constatés.

Processus opérationnels	Sous-processus associés	Indicateurs
Concevoir et développer la prestation de formation	Réaliser les revues de contrat.	Pourcentage d'offres par rapport aux appels d'offres.
	Réaliser la conception de la prestation.	Nombre de constats négatifs faits lors des revues de conception.
Planifier la formation	Planifier les prestations.	Rapport : Nombre de dépassement/nombre d'actions.
Recruter les bénéficiaires	Proposer des inscriptions.	
	Accueillir et orienter les bénéficiaires.	
Délivrer la prestation	Satisfaction des bénéficiaires.	Taux de satisfaction.
	Qualité de la formation.	Taux de réussite des bénéficiaires.
Assurer le suivi de la formation		

Annexe B

Rôle et mission du pilote de processus

Rôle

Le pilote est désigné par la direction. Il est chargé de la surveillance du processus ; il s'assure qu'il produit les résultats attendus par rapport aux objectifs fixés (efficacité) et il veille à ce que les ressources nécessitées pour la mise en œuvre du processus soient utilisées de manière optimale (efficience).

Données d'entrée du pilotage

Pour manager son processus, le pilote s'appuie sur des données quantitatives et qualitatives, d'origines internes et externes.

Ces données lui permettent de s'assurer de l'application, de l'efficacité et de l'efficience de son processus.

Ces données lui proviennent :

- des audits (application) ;
- des indicateurs de performance (efficacité) ;
- des indicateurs de gestion (efficience).

Missions

Le pilote du processus dispose de l'autorité, de la compétence et des moyens nécessaires pour :

- définir les objectifs du processus en accord avec les objectifs fixés par la direction ;
- mesurer l'atteinte des objectifs au travers du suivi des indicateurs de performance ;
- s'assurer de la remontée des dysfonctionnements terrain, de leur traitement, engager et suivre les actions correctives associées ;
- intégrer l'évolution des exigences spécifiées (besoins et attentes client, exigences du marché, exigences réglementaires, exigences environnementales, etc.) ainsi que celles des processus en interface ;
- identifier les opportunités d'amélioration et proposer, pour la revue de direction, toute action préventive associée :
- mettre en œuvre et suivre les actions d'amélioration ;
- rendre compte des résultats à la direction.

Moyens et outils à disposition du pilote

La représentation graphique du processus

Nos processus sont décrits sous forme de représentation graphique et sont accessibles sur l'intranet.

La représentation graphique donne :

- les caractéristiques du processus (nom, données d'entrée, données de sortie, acteurs, ressources, références de documents applicables, liens avec d'autres processus) ;
- l'enchaînement chronologique des différentes activités ou tâches réalisées au sein du processus.

La fiche de management du processus

La fiche de management donne :

– les objectifs de performance associés au processus ;
– les indicateurs de performance permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs.

Objectifs de performance du processus

Les objectifs de performance du processus résultent :

– de l'identification des besoins et attentes du client du processus ;
– du déploiement des objectifs définis par la direction.

Indicateurs de performance du processus

Ils permettent de mesurer l'atteinte des objectifs préalablement définis et n'ont de sens que dans un contexte précis. Ils doivent être :

– simples ;
– associés à la mesure du respect des exigences du client du processus et/ou avoir un impact économique ;
– facilement agrégables ;
– peu nombreux (un peut suffire, 3 maximum).

La fiche de management de processus rappelle en données d'entrée :

– les axes stratégiques de rattachement du processus (il s'agit des axes stratégiques définis par la direction et à l'atteinte desquels la mise en œuvre de ce processus contribue particulièrement) ;
– les objectifs opérationnels associés à ces axes, permettant ainsi une mise en cohérence du déploiement des objectifs du Secteur et du management des processus.

Cette fiche est établie et revue chaque année par le pilote du processus après la revue de direction et la définition des axes stratégiques et opérationnels du secteur.

Les réunions de suivi

Ces réunions de suivi sont organisées trimestriellement. Elles permettent au pilote, entouré des acteurs concernés, de suivre *a minima* :

- les indicateurs de performance du processus (mesure de l'atteinte des objectifs) ;
- les dysfonctionnements du terrain, en terme de :
  - réclamations des clients du processus,
  - non-conformités liées aux produits du processus,
- les résultats des audits internes et externes ;
- l'efficacité des actions d'amélioration proposées en revue de processus et décidées et mises en œuvre suite à la revue de direction de l'année (n-1).

Ces réunions de suivi sont des points de passage obligé pour le management du processus ; elles permettent par ailleurs de préparer la revue de processus qui a lieu, chaque année.

La revue de processus

Objectif

Le pilote du processus organise annuellement (en octobre) une revue de processus, permettant :

- de garantir la satisfaction des besoins et attentes du client du processus ;
- d'identifier toute dérive du processus (par l'analyse des indicateurs de performance) et de définir d'éventuelles actions correctives ;
- d'identifier des actions d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de son processus.

Déroulement

L'ordre du jour comprend :

- la présentation des objectifs du processus ;
- le bilan des actions décidées lors des précédentes revues ;
- l'examen des résultats suivants observés sur le processus :
  - indicateurs de performance du processus (mesure de l'atteinte des objectifs),

  - remontées du terrain en terme de :
    - réclamations des clients du processus,
    - non-conformités liées aux produits du processus,
    - résultats des audits internes et externes,
    - mesures relatives à l'utilisation des ressources.
- l'examen des évolutions en cours ou prévisibles du processus et de son environnement :
  - les exigences spécifiées,
  - les processus en interface.
- la détermination, si nécessaire, des actions correctives ou d'amélioration à entreprendre.

Données de sortie de la revue

La revue du processus aboutit à :

- une évaluation de l'efficacité et de l'efficience du processus ;
- un plan d'actions correctives et/ou d'améliorations relatives au fonctionnement du processus (si nécessaire) qui sera présenté en revue de direction pour allocation éventuelle de ressources ;
- une proposition éventuelle, à la direction, d'évolution des objectifs du processus ;
- l'identification et la proposition d'actions d'amélioration concernant d'autres processus du système de management de la qualité.

Compte-rendu de la revue

La revue de processus fait l'objet d'un enregistrement.

Cet enregistrement est diffusé :

- aux acteurs du processus ;
- au propriétaire du processus ;
- au responsable qualité.

Les conclusions de la revue de processus constituent l'une des données d'entrée de la revue de direction. (Le compte-rendu de la revue de processus est le moyen choisi pour rendre compte à la direction du management par les processus).

Annexe C

Liste des procédures

À compléter par *nom de l'organisme*.

4 Mise à niveau du SMQ : enquête auprès du personnel

Exemple de questionnaire d'enquête transmis au personnel de l'organisme.

Sommaire de la fiche

Ce questionnaire est adressé à l'ensemble du personnel et doit être retourné à la direction qualité et communication.

Pour certaines questions, plusieurs réponses sont possibles.

Les réponses à ce questionnaire seront analysées par le groupe de direction et ses résultats seront présentés à l'ensemble du personnel avant de lancer les actions qui se révèleraient nécessaires.

4.1 Appréciation globale de l'opération de mise à niveau du système de management de la qualité

a. Pour vous, l'opération de mise à niveau du SMQ lancée dans notre entreprise est :

- ❑ Un moyen de réduire les coûts et les délais
- ❑ Un moyen de réduire les effectifs
- ❑ Une nouvelle invention qui n'aura pas de conséquences sur votre travail
- ❑ Une évolution nécessaire pour mieux répondre aux besoins des clients
- ❑ Une manière de suivre une mode actuelle en matière de qualité
- ❑ Un changement de culture pour notre entreprise
- ❑ Un moyen d'améliorer la qualité de nos produits et de nos prestations
- ❑ Un moyen d'améliorer notre compétitivité

b. Le management de la qualité est-il destiné à remplacer, à terme, l'assurance de la qualité ?

- ❑ Oui
- ❑ Non
- ❑ Ne sait pas

c. Pensez-vous que dans votre quotidien, la mise à niveau du SMQ et l'approche processus vous apporteront :

- ❑ Une simplification de l'organisation de votre travail
- ❑ Aucun changement
- ❑ Un changement dans vos relations avec votre hiérarchie
- ❑ Un surcroît de travail
- ❑ Un gain de temps
- ❑ Une réduction du nombre de vos interlocuteurs
- ❑ Une amélioration des moyens pour accomplir votre mission
- ❑ Une détérioration des moyens pour accomplir votre mission

4.2 Compréhension des objectifs

a. Avez-vous le sentiment d'avoir compris la politique qualité de la direction ?

- ❑ Oui
- ❑ Non
- ❑ Ne sait pas

b. D'après vous, quels sont les principaux objectifs visés par la mise à niveau du SMQ ?

c. Dans quelle mesure pensez-vous que la mise à niveau du SMQ va modifier notre système d'assurance de la qualité actuel ?

- ❑ Un changement profond de notre système
- ❑ Des évolutions mineures de notre système
- ❑ Aucun changement, le système d'assurance de la qualité n'évoluera pas
- ❑ À terme, le système d'assurance de la qualité va disparaître
- ❑ Le management de la qualité n'a rien à voir avec l'application du système qualité
- ❑ Le management de la qualité est un complément du système d'assurance de la qualité

4.3 Information sur l'opération de mise à niveau du SMQ décidée par la direction

a. Vous êtes-vous senti(e) concerné(e) par la note de notre PDG annonçant le lancement de la mise à niveau du SMQ ?

❑ Oui
❑ Non
❑ Ne sait pas

b. Avez-vous compris les messages contenus dans cette note ?

❑ Oui
❑ Non
❑ Ne sait pas

c. Quand avez-vous reçu la plaquette rouge présentant les objectifs de la démarche ?

d. Qui vous a remis la plaquette ?

❑ Votre supérieur hiérarchique
❑ Vous l'avez reçue par courrier
❑ Elle vous a été remise par un collègue

e. Avez-vous eu des explications orales sur son contenu ?

❑ Oui
❑ Non
❑ Oui, mais pas lors de sa distribution

f. Avez-vous reçu le document « Outils de la qualité » ?

❑ Oui

Si oui, qui vous l'a remis :

❑ Non

Si non, en avez-vous entendu parler ou l'avez-vous déjà vu ?

❑ Oui
❑ Non

g. Dans les supports de communication internes de l'entreprise, avez-vous disposé d'informations sur cette opération ?

❑ Oui
❑ Non

h. Avez-vous le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur :

– Les objectifs de l'opération :
❑ Oui
❑ Non
– L'organisation de l'opération :
❑ Oui
❑ Non
– Les moyens disponibles :
❑ Oui
❑ Non

– Le planning de l'opération :
 ❑ Oui
 ❑ Non
– Ce que font nos concurrents :
 ❑ Oui
 ❑ Non

i. Comment souhaitez-vous être informé(e) ?
 ❑ Par votre hiérarchie
 ❑ Directement

4.4 Management de la qualité et certification

a. Au 31 mai 2008, étiez-vous informé(e) de la décision prise par la direction concernant la certification de notre système qualité selon la norme NF EN ISO 9001 version 2008 ?
 ❑ Oui
 ❑ Non

b. Si oui, comment avez-vous été informé(e) ?

c. D'après vous, existe-t-il une relation entre l'opération de mise à niveau du SMQ et la certification selon la norme NF EN ISO 9001 version 2008 ?
 ❑ Oui
 ❑ Non
 ❑ Ne sait pas

d. Si oui, d'après vous quel lien y a-t-il entre les deux ?

4.5 Divers

a. Pensez-vous que le concept de « client interne » est :
 ❑ Judicieux
 ❑ Ridicule
 ❑ Je ne le comprends pas très bien
 ❑ Il n'apporte pas grand-chose
 ❑ Il est trop loin de nos préoccupations
 ❑ Il devrait être mieux mis en pratique

b. Que pensez-vous des phrases suivantes :
Nous sommes trop loin du produit final pour qu'il nous concerne.
 ❑ D'accord
 ❑ Pas d'accord

J'ai du mal à appliquer concrètement dans mon travail l'exigence de satisfaction du client final.
 ❑ Oui
 ❑ Non

c. Pensez-vous que vous serez amené(e) à participer à l'opération de mise à niveau du SMQ ?

❑ Oui
❑ Non
❑ Ne sait pas

d. Pensez-vous que vous serez amené(e) à participer à la préparation pour la certification ?

❑ Oui
❑ Non
❑ Ne sait pas

5 Réponse à un appel d'offres pour une mission de conseil

Sommaire de la fiche

Les informations présentées ci-dessous doivent apparaître dans une réponse (« Descriptif technique ») à un appel d'offres concernant l'assistance à la définition d'un SMQ et la préparation à une certification.

5.1 Contexte de la proposition

La proposition doit faire apparaître que le contexte spécifique dans lequel se trouve l'organisme demandeur est pris en compte.

Une reformulation du besoin est la bienvenue, car elle permet au demandeur de s'assurer que sa demande a été comprise.

5.2 Structure de la démarche proposée

Ce chapitre doit être suffisamment détaillé pour qu'il ne subsiste aucune ambiguïté quant au « Qui fait quoi ? » et au « Comment ? ». À titre d'exemple, ce paragraphe pourrait être développé de la façon suivante.

La démarche proposée ci-après se structure en trois étapes consécutives :

- analyse de l'existant ;
- choix et élaboration des solutions ;
- mise en œuvre.

Une action de validation permet une optimisation permanente des choix et des concepts. Elle s'exerce pendant toute la durée du projet, et plus particulièrement à l'occasion de revues de projet, à la fin de chacune des trois étapes mentionnées ci-dessus.

Étape 1 – Analyse de l'existant

Cette étape répond à un double objectif :

– permettre au(x) consultant(s) de prendre connaissance de l'entreprise et de son environnement, en vue de procéder à la réalisation des phases ultérieures ;

– effectuer un diagnostic et établir un rapport destiné à la direction de l'entreprise. Ce rapport mettra en lumière les points forts et les faiblesses de l'organisation existante vis-à-vis des exigences imposées par un système de management de la qualité. À partir du diagnostic établi, la direction pourra étayer ses choix.

Méthode employée

La méthode utilisée est fondée sur les principes de l'analyse fonctionnelle appliquée aux processus. Dans un contexte d'amélioration, l'analyse fonctionnelle permet de rechercher une organisation optimisée (en termes de fiabilité et de coûts) des processus internes à l'entreprise, par rapport aux fonctions et aux missions qui lui sont assignées.

Démarche

La démarche débute par une réunion de présentation de l'action aux principaux responsables concernés. Cette réunion s'inscrit dans un objectif permanent de communication en vue de favoriser l'adhésion du personnel au projet. Y seront notamment présentés les objectifs, le ou les intervenant(s) et les principales caractéristiques de la démarche.

L'analyse de l'existant porte sur les processus internes destinés à satisfaire les besoins des clients de l'organisme (analyse fonctionnelle interne). Sont visés tous les processus mis en œuvre dans l'établissement et ayant un impact sur la qualité. Une liste de ces processus sera soumise pour approbation à la direction.

Les critères d'évaluation de l'existant sont notamment :

- la couverture du besoin (exhaustivité, redondance) ;
- la perception des utilisateurs et personnels impliqués ;
- les performances ;
- la cohérence des solutions mises en œuvre (organisation et méthodes) ;
- les dysfonctionnements (constatés ou ressentis) ;
- les critères économiques ;
- l'efficacité des processus.

Intérêt de la démarche

L'analyse de l'activité de l'établissement fondée sur une analyse préalable du besoin, présente les avantages suivants :

- constitution d'une échelle d'appréciation objective et crédible pour l'évaluation. Cet aspect est de nature à désamorcer certaines réticences au sein de l'organisme ;
- optimisation facilitée du couple besoin/système qualité.

Validation intermédiaire

Cette validation a pour objet :

- la reformulation des objectifs à la lumière du diagnostic ;
- la définition des options et priorités.

Elle se déroule de la façon suivante :

- en partant des éléments connus, rapport de diagnostic et objectifs qualité initiaux, il est proposé à l'organisme les grandes lignes d'un plan d'action reprenant les objectifs, les options principales et la hiérarchie des actions à mener ;
- l'organisme valide les grandes lignes du plan d'action qui devient un guide pour la réalisation de l'étape 2.

Étape 2 – Choix et élaboration des solutions

La finalité de cette étape est la rédaction d'un plan d'action qualité pour l'entreprise. Après validation, ce plan d'action est complété par un projet de manuel qualité ou de mise à jour du manuel qualité existant.

Ce plan d'action constitue le document support du projet de définition du système qualité. Il fournit, à cet effet, toutes les préconisations et directives nécessaires. Il explicite notamment les moyens et les méthodes à mettre en œuvre pour passer de l'état actuel à l'état souhaité. Il définit, en outre, l'organisation à mettre en place ainsi qu'un échéancier prévisionnel.

Contenu du plan d'action

Le plan d'action pourra inclure les rubriques suivantes :

- *Politique qualité*. Cet engagement de la direction sur une politique est nécessaire pour la mise en œuvre du système qualité. Il explicite de façon claire ses orientations et ses objectifs.
- *Système qualité*. Le système qualité est décrit dans un ensemble de documents hiérarchisés ; par exemple : référentiel qualité (ISO 9001), manuel qualité, procédures, notes de fonctionnement. Le plan d'action précise la structure choisie et le contenu des documents qualité de l'entreprise, notamment du manuel qualité.
- *Description des processus*. Chaque processus de la liste approuvée par la direction fera l'objet d'une analyse. Des actions d'amélioration seront définies à cette occasion. Les outils de maîtrise des processus (indicateurs, tableaux de bord, mesure de l'efficacité) seront définis et mis en œuvre.
- *Organisation qualité*. Il s'agit de décrire les missions et les moyens de l'entité chargée, par la direction, de la mise en œuvre de la politique. La place de l'entité dans l'organigramme sera précisée afin de pouvoir juger de son indépendance.
- *Mise en application du système*. Le plan d'action décrit le processus de mise en œuvre du système qualité. Y sont précisés notamment :
  - les responsabilités ;
  - l'enclenchement et un planning de principe des actions ;
  - les mesures prises pour évaluer les résultats de la qualité.

- *Évaluation des résultats.* **Elle consiste à :**
  - mesurer l'évolution de la qualité à l'aide d'indicateurs pertinents ;
  - élaborer un tableau de bord qui constitue l'outil de suivi et de prise de décision du management.

Validation de l'étape 2

Cette validation se déroule en deux temps :

- après rédaction d'un projet de plan d'action ;
- après remise du projet de manuel qualité et du recueil des procédures.

Le système qualité de l'organisme est alors validé dans son ensemble et considéré comme bon pour mise en œuvre.

Étape 3 – Mise en œuvre

Cette étape consiste à mettre en application le système qualité défini précédemment, elle comprend notamment les actions décrites ci-après.

Compléter la description du système

Il s'agit d'amender le manuel qualité et les procédures lorsqu'ils ne rendent pas fidèlement compte de la pratique.

Mettre en place les structures d'amélioration de la qualité

Les intervenants proposeront une organisation qui permette de promouvoir les améliorations à tous les niveaux de l'organisme. Cela pourra être, par exemple, un groupe de pilotage au niveau direction, encadrant des groupes de travail chargés de résoudre les problèmes.

Sensibiliser, former et informer le personnel

Au cours de cette étape, le plan de communication doit être effectivement mis en œuvre et son efficacité mesurée. La formation entreprise lors de l'étape précédente est complétée.

Évaluer des résultats

Le tableau de bord et les indicateurs qualité doivent être mis en service au plus tôt afin de disposer dans les meilleurs délais du retour d'expérience sur l'efficacité du système.

Pendant toute cette étape, les intervenants assisteront le personnel de l’organisme et procéderont à tous les ajustements nécessaires en accord avec la direction qualité.

Validation de l'étape 3

La validation de la phase de mise en œuvre s'effectue dans le cadre du suivi général de l'avancement du projet, qui se traduit par des réunions régulières au cours desquelles sont examinés les rapports hebdomadaires de synthèse.

En outre, l'ensemble de l'action doit être validé au cours d'une revue générale de projet.

5.3 Méthodes et outils d'accompagnement

L’obtention de la qualité est du ressort des personnels concernés. La prise en compte de cette exigence impose souvent une évolution des mentalités et des méthodes de travail. Des changements, tels que décloisonnements et mise en place de processus transverses, occasionnent fréquemment certaines réticences de la part des personnels concernés. Ces réticences sont souvent liées à la crainte d'une perte de compétence, de reconnaissance ou d'autorité.

L'adhésion nécessaire à la réussite d'une démarche qualité ne pourra être obtenue sans l'utilisation de méthodes participatives basées sur les concepts suivants.

- **Communication**

Il est impératif que la politique qualité soit bien comprise de tous. En principe, l'entité en charge de la qualité est responsable de la mission de communication correspondante. Cette communication doit se faire dans les deux sens. Un accent tout particulier doit être mis sur l'écoute des personnels impliqués.

Les intervenants, sur la base de l’état des lieux, proposeront à la direction qualité une série d’actions de communication relatives à la qualité, structurées dans un plan de communication qualité cohérent avec la communication interne de l'établissement.

- **Formation**

Le dispositif de formation à la qualité et à l'assurance de la qualité renforce et complète les actions de communication. Le plan d'action établi par les intervenants

inclura un plan de formation structuré en modules et niveaux portant par exemple sur les sujets suivants :

– présentation systématique de la politique qualité de l'établissement ;
– analyse des processus ;
– métiers spécifiques de la qualité (auditeur, inspecteur, etc.) ;
– qualité appliquée aux fonctions (achats, études, etc.) ;
– méthodes et outils de la qualité, du travail en groupe, de la résolution de problèmes.

● **Management participatif**

Le plan d'action décrit les méthodes de management applicables en phase de mise en œuvre. Ces méthodes, nécessairement adaptées à l'environnement social de l'organisme, sont basées dans la mesure du possible sur un management participatif et le travail en groupe, afin de conforter l'adhésion et l'appropriation de la démarche par les participants.

Les méthodes à utiliser pourront être choisies parmi les suivantes :

– hiérarchisation des processus ;
– relation client/fournisseur interne (RCFI) ;
– analyse fonctionnelle ;
– méthodes de résolution de problème (MRP).

6 Questionnaire d'audit

Sommaire de la fiche

Pour des raisons de simplicité et de standardisation, le questionnaire d'audit qui est proposé ci-après est organisé selon les chapitres de la norme ISO 9001 (2008). Rappelons cependant qu'il n'est en aucune façon obligatoire de procéder de la sorte pour établir un questionnaire d'audit. Au contraire, il est recommandé, en particulier pour les audits internes, d'avoir un questionnaire dont la présentation tienne compte de la nature de l'organisme et de son environnement.

Suivre un tel questionnaire pas à pas n'est certainement pas la meilleure façon de procéder pour réaliser un audit. Pour un bon auditeur, le questionnaire servira de fil d'Ariane afin de définir au cas par cas les questions qu'il y a lieu de poser. Il doit aussi permettre à l'auditeur de s'assurer que, par son questionnement, il a effectivement couvert le domaine à auditer.

À l'inverse de ce qui se passait avec la version de 1994 de la norme ISO 9001, l'auditeur ne peut plus se contenter de vérifier si une exigence est satisfaite ou non. Il se doit d'aller plus loin dans son analyse pour vérifier, lorsqu'une exigence est satisfaite, si la méthode mise en œuvre pour répondre à l'exigence est efficace. Il faut espérer, en particulier, que les auditeurs des organismes certificateurs s'intéresseront plus au fond qu'à la forme.

S'il n'est pas particulièrement difficile d'établir un questionnaire d'audit à partir des exigences d'une norme, il est moins évident d'établir des critères et de définir des moyens de mesure de l'efficacité d'une tâche, d'un processus ou d'un système.

Dans l'exemple ci-après, les matrices associées à chaque chapitre du questionnaire sont données à titre indicatif. Ceci aussi bien pour ce qui concerne les critères choisis, qui correspondent aux chapitres de la norme, que pour les indicateurs de mesure de l'efficacité, qui sont à adapter aux critères choisis. Ces matrices peuvent être utilisées par un organisme pour établir sa propre grille. Mais il est souhaitable que la grille puisse évoluer dans le temps pour tenir compte des centres d'intérêts, de la politique et de la stratégie de l'organisme à un moment donné.

Le fascicule de documentation FD X50-174, Management de la qualité – Évaluation de l'efficacité d'un système qualité, publié par l'AFNOR, propose une méthode pour établir une grille d'efficacité basée sur la définition de cinq niveaux de maturité (*voir tableau 6.1 pages suivantes*). C'est aussi sur cette base que chaque organisme peut bâtir sa propre matrice.

Tableau 6.1 Grille de définition des cinq niveaux de maturité[94]

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Les pratiques	– De bonnes pratiques (règles de l'art) mises en œuvre par du personnel compétent. – Les choses se font, cela se passe plutôt bien.	– Cela se déroule comme prévu et les résultats sont corrects.	– La situation est sous contrôle.	– Les pratiques sont optimisées en fonction de chaque contexte particulier.	– Les meilleures pratiques sont en place et constamment révisées en vue de leur amélioration.
Le système qualité	– Le système qualité peut être efficace mais il est fragile. – De nombreux dysfonctionnements subsistent (cachés ou non). – Le système qualité ne peut pas être certifié ISO.	– Le système qualité est bien appliqué dans son ensemble ; – le système qualité est construit mais il est « pluriel » : diversité des situations.	– Le système qualité est défini. – Les écarts sont traités. – Tous les processus sont identifiés et le principe d'amélioration continue selon le cycle PDCA est appliqué.	– Le système intègre les exigences des clients et du marché en termes de : innovation, adéquation aux besoins du client, capacité à progresser.	– Une approche systématique d'adéquation des moyens et des actions par rapport aux objectifs est en place. – Les améliorations continues placent les contributions de chacun au meilleur niveau.

94 FD X50-174, *Management de la qualité – Évaluation de l'efficacité d'un système qualité*, AFNOR, 1998.

Tableau 6.1 Grille de définition des cinq niveaux de maturité (fin)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Le fonctionnement	– Le système qualité peut être efficace mais il est fragile. – La pérennité du savoir n'est pas assurée.	– Le fonctionnement stable (reproductible) existe, mais des variantes coexistent et génèrent des aléas.	– Une réflexion préalable à l'action conduit à adapter la manière de faire aux objectifs et au contexte.	– L'efficacité du fonctionnement est visible. – Un pilotage « fin » des processus est en place.	– L'entreprise est parmi les meilleures et l'enjeu est de le rester.
Les acteurs	– Effet « héros/sauveur » qui conserve parfois son savoir.	– Le fonctionnement dépend des acteurs qui appliquent des méthodes différentes et qui leur sont propres.	– Le décloisonnement commence. – La maîtrise des processus est visible, en particulier au niveau des processus transversaux.	– Tous les acteurs de l'entreprise ont une perception interne des exigences économiques, de l'univers du client, etc., au-delà des performances techniques.	– Chacun est acteur du propre succès de l'entreprise.
Les résultats	– Les résultats sont basés sur certains acteurs clés : la probabilité de catastrophe existe.	– Les résultats sont conformes et sont obtenus selon une démarche établie. – Les caractéristiques des produits et des processus sont définis par des critères d'acceptation.	– Les résultats sont conformes aux objectifs.	– Les résultats qualité, coût, délai sont conformes à des objectifs ambitieux.	– Les résultats sont très bons sur la durée (3 ans) et montrent une amélioration continue.

6.1 Périmètre d'application

Tableau 6.2 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Périmètre d'application

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
1	**Domaine d'application**						***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	**Champ de la certification**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Le champ de la certification est-il clairement défini ?	X	X			*La définition du champ de la certification ne doit laisser aucun doute sur les exclusions en termes de produits et de services, y compris conditions de fourniture et prestations associées.*					
2	Les services et produits entrant dans le champ de la certification sont-ils clairement définis (nature, localisation, conditions de vente telles que livré ou non, service après-vente ou non, etc.) ?	X	X								
1. 2	**Exclusions autorisées**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les exclusions se limitent-elles aux exigences du chapitre VII ?	X	X			*La question 3 concerne essentiellement la sous-traitance d'une partie d'un processus ou, à l'inverse, la prise en compte par le client d'une partie de processus qui pourrait engager la responsabilité et la qualité du produit de l'organisme.*					
2	L'aptitude à fournir un produit conforme aux exigences du client et aux exigences réglementaires applicables n'est-elle pas affectée par les exclusions ?	X	X								
3	La responsabilité de l'organisme n'est pas remise en cause par les exclusions ? (attention à la conception).	X	X								
1.3	**Exigences réglementaires et légales**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les exigences légales sont-elles répertoriées, leur liste tenue à jour et mise à disposition de toute personne qui doit la connaître ?	X	X		X	*Il faut s'intéresser au système qui permet de répertorier ces exigences (organisation, méthodes). Vérifier que les modalités de diffusion de l'information sont satisfaisantes.*					
2	Les utilisateurs disposent-ils des bonnes informations ?		X		X						

D : direction Q : responsable qualité P : pilote de processus A : autre personne auditée

6.2 Système de management de la qualité

Tableau 6.3 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Système de management de la qualité

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
4	**Système de management de la qualité**						***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
4.1	**Exigences générales**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les processus sont-ils déterminés ?	X	X	X		S'assurer qu'il s'agit bien de processus et non pas de tâche ou de fonction, et qu'il y a cohérence entre le champ de la certification et le processus. La finalité et les clients de chaque processus doivent être clairement définis. L'identification des processus stratégiques doit être faite avec méthode, en se référant à des critères prédéfinis, aux enjeux pour l'organisme, à la qualité des produits ou des services, aux coûts de fonctionnement, etc. S'assurer que l'approche processus est une démarche incluant le PDCA. Vérifier que la structure mise en place pour le management des processus ne « double » pas la structure de management métier, mais au contraire la complète. Vérifier l'existence d'une définition de la fonction « pilote de processus » et s'assurer qu'elle ne fait pas double emploi avec la fonction « qualité ».					
2	Chaque processus fait-il l'objet d'une description (qui fait quoi, enchaînement des tâches, données utilisées et produites, etc.) ?			X							
3	Les processus stratégiques sont-ils identifiés en tant que tels ?	X									
4	Les compétences et toutes les autres ressources nécessaires à la réalisation des objectifs des processus sont-elles identifiées ?	X	X	X							
5	Les interactions entre processus, en particulier pour les processus clés, sont-elles recensées ?	X	X	X							
6	Les interfaces externes des processus, en particulier pour les processus clés, sont-elles identifiées ?	X		X							
7	Des critères et des méthodes ont-ils été définis pour assurer l'efficacité du fonctionnement et la maîtrise des processus ?	X	X	X							
8	Les ressources et les informations nécessaires au fonctionnement et à la surveillance des processus sont-elles déterminées et disponibles ?	X		X							
9	Les processus sont-ils surveillés (indicateurs), mesurés (le cas échéant) et analysés (tableaux de bord) ?	X	X	X							

Tableau 6.3 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Système de management de la qualité (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
10	L'amélioration des processus est-elle une constante de leur management ?	X	X	X		Il ne faut pas que, sous prétexte de définir une typologie significative, l'organisme définisse un découpage très fin de son activité en processus, qui ne correspondrait pas à la réalité de son fonctionnement. Ceci est tout particulièrement vrai pour les PME et TPE.	
11	Les processus identifiés sont-ils classés (si nécessaire) selon une typologie propre à l'organisme (management, réalisation, mesure, support, etc.) ? (non obligatoire mais peut faciliter la compréhension).	X	X				
12	Les processus externalisés en totalité ou partiellement sont-ils identifiés, maîtrisés, mentionnés dans le manuel ?	X	X	X			
13	Le type et l'étendue de la maîtrise des processus externalisés sont-ils définis ?						
	4. 2 Exigences relatives à la documentation						***1 2 3 4 5***
	4.2.1 Généralités						*1 2 3 4 5*
1	La structure de la documentation du SMQ est-elle décrite clairement ?		X			Vérifier que **la structure proposée a un sens : documents utiles/documents inutiles.**	
2	La documentation est-elle cohérente avec la taille de l'organisme, la complexité des processus, la compétence du personnel ?		X				
3	La politique et les objectifs qualité sont-ils documentés ?	X	X				
	4.2.2 Manuel qualité						*1 2 3 4 5*
4	Un manuel a-t-il été établi ?		X			Attention, le manuel peut aussi contenir une ou plusieurs des procédures exigées par la norme.	
5	Le manuel qualité comprend-il le détail et la justification des exclusions (chapitre 7 exclusivement), la référence aux procédures documentées, une description des principales interactions entre les processus ?		X				

Tableau 6.3 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Système de management de la qualité (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité 1 2 3 4 5
4.2.3	**Maîtrise des documents**						
6	Les six procédures exigées par la norme sont-elles rédigées et sont-elles complètes ?		X			Existe-il une cohérence entre description des processus et exigences qualité ?	
7	La documentation décrivant la séquence des activités de chaque processus existe-t-elle ?		X	X		Il faut s'intéresser à l'existence d'un cadre approprié pour la définition des critères de vitalité des processus, la collecte des données, leur analyse et les décisions relevant de l'amélioration continue. Les bons documents sont-ils disponibles aux postes de travail ? Il y a lieu d'examiner l'existence et l'efficacité du système de gestion des documents d'origine extérieure.	
8	Existe-t-il des règles permettant d'assurer la planification, le fonctionnement et la maîtrise efficace des processus ?	X	X	X			
9	Tous les documents relatifs à la qualité sont-ils examinés et approuvés avant diffusion par des personnes habilitées ?	X	X				
10	Les documents d'origine extérieure nécessaires à la planification et au fonctionnement du système de management de la qualité sont-ils identifiés et leur diffusion est-elle maîtrisée ?						
11	Existe-t-il une procédure documentée pour assurer la maîtrise des documents ?		X				
	Cette procédure fait-elle apparaître les points suivants :						
12	Existe-t-il une méthode permettant de s'assurer que les documents périmés ne peuvent plus être utilisés ?		X				
13	Existe-t-il un moyen (liste, fichier) permettant d'identifier la révision en vigueur des documents ?		X				
14	Existe-t-il des règles pour l'identification, la codification, le classement et la mise en archives (plan de mise en archives) ?		X				

Tableau 6.3 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Système de management de la qualité (fin)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité 1	2	3	4	5
4.2.4	**Maîtrise des enregistrements**										
15	Les enregistrements de la qualité font-ils l'objet d'une gestion clairement décrite (procédure documentée) ?		X			La procédure doit définir les contrôles associés à l'identification, au stockage, à la protection, à l'accessibilité, à la conservation et à l'élimination des enregistrements.					
16	Le local d'archivage répond-il à des règles assurant la conservation (lisibilité, identification, accessibilité) des documents, quel que soit leur support, dans de bonnes conditions ?		X		X	Le plan de mise en archives doit, entre autres, faire apparaître les durées de conservation.					

Tableau 6.4 Grille de maturité – Système de management de la qualité

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Planification de la qualité	– L'organisme planifie la conformité des produits par rapport à une spécification de définition.	– L'organisme définit comment les exigences pour la qualité concernant les produits et les processus stratégiques sont satisfaites ; – des plans d'amélioration existent, mais ne sont pas nécessairement cohérents ; – les plans sont principalement relatifs au produit.	– L'ensemble des plans est cohérent par rapport à la politique et la stratégie de l'organisme ; – la synthèse des plans est effectuée par la direction ; – l'organisme définit comment la satisfaction du client peut être atteinte en matière de qualité.	– Les évolutions du système de management de la qualité sont planifiées ; – les plans sont intégrés dans la stratégie de l'organisme ; – ils concernent tous les secteurs de l'organisme ; – les plans d'amélioration sont centrés sur la satisfaction des clients et l'amélioration des résultats ; – l'organisme définit comment les objectifs fixés par le management peuvent être atteints.	– Le plan d'amélioration continue concernant tous les secteurs de l'organisme est opérationnel. – La direction pilote le plan d'amélioration continue. – L'organisme déploie la recherche de l'excellence à tous les niveaux.
Organisation et documentation	– Le système de management de la qualité repose sur la mise en œuvre de pratiques de base par du personnel compétent.	– Les pratiques de base sont formalisées, connues du personnel et effectivement mises en œuvre.	– Les pratiques de base sont adaptées aux spécificités de l'organisme (clients, produits, etc.) et mises en œuvre de façon efficace.	– À partir des pratiques de base, un système qualité adapté au contexte est implémenté ; – il traduit la recherche de l'optimisation des processus.	– Le système qualité mis en place est en permanence adapté afin d'être maintenu à l'optimum (concurrence, marché, etc.).

6.3 Responsabilité de la direction

Tableau 6.5 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Responsabilité de la direction

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
5	**Responsabilité de la direction**						*1 2 3 4 5*
5.1	**Engagement de la direction**						*1 2 3 4 5*
	La direction est en mesure de démontrer par des faits son engagement pour le développement, la mise en œuvre et l'amélioration de l'efficacité du SMQ :						
1	Communique-t-elle sur l'importance de la satisfaction des exigences clients, réglementaires et légales ?	X				L'engagement doit être démontré par des faits et pas uniquement par des déclarations de bonnes intentions. Il ne s'agit pas ici des fonctions mais plutôt des responsabilités et des délégations. Se reporter au § 5.6 pour s'assurer des données d'entrée et des données de sortie de la revue de direction.	
2	Définit-elle une politique qualité claire et correspondant aux besoins de l'organisme (existence d'un document) ?	X					
3	Communique-t-elle cette politique au sein de l'organisme ?	X					
4	S'assure-t-elle que la politique qualité est comprise et mise en œuvre à tous les niveaux de l'organisation ?	X					
5	Définit-elle des objectifs qualité et s'assure-t-elle de leur déclinaison à tous les niveaux de l'organisme ?	X					
6	Effectue-t-elle des revues de direction ?	X					
7	S'assure-t-elle de la disponibilité des ressources nécessaires au bon fonctionnement du système de management de la qualité ?	X					
8	La direction a-t-elle défini les responsabilités et autorités, en particulier pour ce qui concerne les métiers de la qualité ?	X	X				
5.2	**Écoute client**						*1 2 3 4 5*
1	La direction est-elle personnellement à l'écoute des clients ?	X				Comparer effectivement avec les besoins et attentes des clients.	
2	La direction assure-t-elle que les exigences du client, y compris les exigences légales et réglementaires, sont déterminées et respectées ?	X			X		

Tableau 6.5 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Responsabilité de la direction (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
5.3	**Politique qualité**						***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1	La politique qualité définie est-elle cohérente avec la nature et l'environnement de l'organisme ?	X									
2	La politique qualité a-t-elle un lien avec l'expression des besoins et les attentes des clients ?	X									
3	La politique qualité est-elle cohérente avec les objectifs généraux de l'organisme ?	X				Pour asseoir la politique qualité, il est préférable d'avoir une stratégie : vers quoi on va, comment et pourquoi on y va.					
4	La politique qualité est-elle mise en œuvre à tous les niveaux de l'organisme ?	X			X						
5	La politique qualité est-elle connue et comprise de tous au sein de l'organisme ?	X	X	X	X	Pour vérifier ces différents points, il ne suffit pas de s'assurer de la cohérence des textes émis sur le sujet. Il faut en voir l'application concrète sur le terrain.					
6	La politique qualité vise-t-elle l'amélioration continue de l'efficacité ?	X									
7	La politique qualité est-elle revue régulièrement, en particulier lors de modifications importantes de son organisation ou de son environnement ?	X									
5.4	**Planification**						***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
5.4.1	**Objectifs**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les objectifs qualité sont-ils en cohérence avec la politique qualité ?	X	X	X	X						
2	Des objectifs sont-ils déclinés à tous les niveaux de l'organisme ?	X	X	X	X						
3	Les objectifs qualité sont-ils connus et compris à tous les niveaux de l'organisme ?	X	X	X	X	S'assurer que des objectifs mesurables existent pour toutes les fonctions essentielles.					
4	Ces objectifs sont-ils mesurables ?	X	X	X							
5	Ces objectifs comprennent-ils ceux qui sont nécessaires à la satisfaction des exigences relatives aux produits et aux clients ?	X	X	X	X						

Tableau 6.5 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Responsabilité de la direction (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
	5.4.2 Planification de la qualité						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
6	Permet-elle de couvrir les exigences de l'approche processus (§ 4.1) ?		X								
7	Prend-elle en compte la politique et les objectifs qualité ?		X								
8	Est-elle revue régulièrement pour prendre en compte les évolutions du SMQ ?	X	X								
9	Prend-elle en compte les évolutions de l'organisation, des infrastructures, de la nature du personnel affecté à des tâches sensibles ?	X	X								
	5.5 Responsabilité, autorité et communication						***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
	5.5.1 Responsabilité et autorité						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les responsabilités, autorités et leurs relations mutuelles sont-elles définies et communiquées ?	X				La tendance de beaucoup d'organismes est d'établir des fiches de fonction. La vérification doit porter pour une bonne part sur la cohérence entre ces fiches et les fonctions telles que décrites à travers la représentation des processus. Les fonctions doivent en revanche apparaître dans la description des processus.					
2	Lorsque nécessaire, les niveaux de délégation sont-ils définis ?	X	X	X	X						
3	Lorsque nécessaire, l'indépendance et le niveau d'autorité est-il défini pour les personnes et les fonctions ?	X	X	X	X	Le lien entre responsabilité et autorité doit être analysé pour détecter le cas où, pour une responsabilité donnée, l'autorité suffisante n'a pas été attribuée. Il s'agit de vérifier que, à chaque niveau, le personnel a connaissance de ses responsabilités et les exerce. La dernière question concerne pour l'essentiel les fonctions de vérification, d'essai, de contrôle, de surveillance et d'audit.					

Tableau 6.5 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Responsabilité de la direction (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
	5.5.2 Représentant de la direction						*1 2 3 4 5*
4	La direction a-t-elle nommé un membre de l'encadrement de l'organisme à la fonction de « Représentant de la direction » ?	X				Le représentant de la direction peut remplir plusieurs fonctions. Le représentant de la direction peut être le directeur qualité. Vérifier que le représentant détient une autorité suffisante.	
5	Ce représentant assure-t-il que les processus du SMQ sont établis, mis en œuvre et entretenus ?	X					
6	Ce représentant rend-il compte à la direction du fonctionnement du SMQ et de tout besoin d'amélioration ?	X					
7	Ce représentant assure-t-il que la sensibilisation aux exigences du client est encouragée à tous les niveaux de l'organisme ?	X					
	5.5.3 Communication interne						*1 2 3 4 5*
8	Des informations relatives au SMQ sont-elles communiquées au sein de l'organisme ?	X	X			Il ne faut pas se contenter de vérifier s'il existe des affichages et des distributions d'autres supports. Il faut surtout s'assurer que cette information, si elle existe, est bien reçue et assimilée.	
9	Le personnel est-il sensibilisé à la qualité ?				X		

Tableau 6.5 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Responsabilité de la direction (fin)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité 1	2	3	4	5
5.6	**Revue de direction**										
1	La revue de direction permet-elle de statuer sur la pertinence, l'adéquation et l'efficacité du système de management de la qualité ?	X	X			Vérifier que la fréquence des revues permet de s'assurer que le système de management de la qualité demeure constamment approprié et efficace. Au-delà du contrôle de l'existence de ces différents points il est important de s'intéresser aux modalités de préparation de cette revue (méthode, qui est concerné, qui prépare, etc.)					
2	La revue de direction évalue-t-elle les opportunités d'amélioration et les besoins de modification du système de management de la qualité, y compris la politique et les objectifs ?	X	X								
	Les données d'entrée de la revue de direction comprennent-elles les informations sur :										
3	Les résultats d'audits ?	X	X								
4	Les retours d'informations des clients ?	X	X								
5	Le fonctionnement des processus et la conformité du produit ?	X	X	X							
6	L'état des actions correctives et préventives ?	X	X								
7	Les actions issues des revues précédentes ?	X	X								
8	Les changements pouvant affecter le système de management de la qualité ?	X	X								
9	Les recommandations d'amélioration ?	X	X								
	Les éléments de sortie de la revue de direction comprennent-ils des décisions et des actions relatives :										
10	À l'amélioration de l'efficacité du système de management de la qualité et de ses processus ?	X									
11	À l'amélioration du produit en rapport avec les exigences du client ?	X									
12	Aux besoins en ressources ?	X									
13	Les enregistrements des revues sont-ils conservés ?	X	X								

Tableau 6.6 Grille de maturité – Responsabilité de la direction

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Politique qualité	– La politique qualité n'est pas formalisée.	– La politique qualité vise la conformité des produits.	– Les différents niveaux de management s'impliquent dans le déploiement de la politique qualité visant à une satisfaction du client.	– La politique qualité vise à la satisfaction durable des différentes parties prenantes de l'organisme (clients, partenaires, personnel, actionnaires, etc.).	– La politique qualité est un élément du management stratégique de l'organisme ; – la politique qualité est vécue à tous les niveaux de l'organisation.
Objectifs qualité	– Les objectifs qualité ne sont ni explicites ni formalisés.	– Les objectifs qualité sont généraux pour l'ensemble de l'organisme ; – les objectifs qualité sont centrés sur la conformité du produit ; – les objectifs internes sont déployés à partir de la politique.	– Des objectifs qualité spécifiques sont définis pour les processus clés de l'organisme ; – les objectifs qualité concernent les produits et les processus ; – il y a cohérence entre les objectifs qualité et les autres objectifs de l'organisme.	– Les objectifs qualité sont cohérents avec la politique de l'organisme ; – les objectifs qualité sont déployés sur l'ensemble des processus et des produits ; – les objectifs qualité visent à l'amélioration des processus en termes de résultats et d'optimisation des ressources ; – les objectifs prennent en compte les meilleures pratiques du marché.	– Les objectifs qualité sont déployés à tous les niveaux de l'organisme jusqu'au niveau individuel ; – ces objectifs sont cohérents avec la stratégie de l'organisme ; – les objectifs sont régulièrement revus ; – l'organisme vise, à travers ses objectifs, l'excellence.

Tableau 6.6 Grille de maturité – Responsabilité de la direction (suite)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Écoute client	L'écoute client est partielle, elle n'est pas coordonnée.	– L'écoute client est systématique et couvre la totalité du périmètre d'application ; – les objectifs prennent en compte les besoins et les attentes des clients.	– L'écoute client porte sur le produit et sur les services associés à toutes les étapes des processus de réalisation ; – le client est associé à la conception et au développement des produits et services ; – les réclamations clients diminuent.	– L'écoute client vise l'amélioration des produits et des processus de l'organisme ; – l'objectif est la fidélisation du client.	– L'écoute client est un élément de management qui contribue à la définition de la politique et de la stratégie de l'organisme ; – les objectifs qualité sont élaborés en tenant compte du résultat de l'écoute client ; – la satisfaction des clients et la qualité perçue sont des objectifs majeurs et sont pris en compte par la direction.
Communi-cation	La communication interne est réduite à sa plus simple expression.	Il existe un système de communication interne qui prend en compte la communication qualité.	– La communication qualité fait l'objet d'une planification ; – les effets de la communication sont mesurés.	– La communication qualité traite à la fois des événements positifs et négatifs ; – la communication est adaptée aux différents publics de l'organisme.	La direction s'assure de l'efficacité des plans de communication et prend toutes dispositions pour en assurer l'amélioration permanente.

Tableau 6.6 Grille de maturité – Responsabilité de la direction (fin)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Engagement de la direction	La direction considère que la qualité est de la responsabilité de chaque unité.	– Les dirigeants s'assurent que la politique qualité est comprise et mise en œuvre ; – les dirigeants font savoir que la politique et les objectifs qualité doivent être satisfaits.	– La politique qualité est cohérente avec la politique générale de l'organisme ; – les dirigeants s'impliquent personnellement dans la mise en application du système qualité ; – ils appliquent le PDCA.	– La politique induit des plans d'action cohérents ; – les dirigeants s'impliquent concrètement dans la mise en œuvre de ces plans.	– La politique qualité comporte une composante d'amélioration continue ; – les dirigeants sont le moteur de l'amélioration continue. Ils s'impliquent personnellement dans des actions d'amélioration.

6.4 Management des ressources

Tableau 6.7 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Management des ressources

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
6	**Management des ressources**						***1 2 3 4 5***
6.1	**Mise à disposition des ressources**						***1 2 3 4 5***
1	Les ressources nécessaires sont-elles déterminées et fournies pour mettre en œuvre et entretenir le système de management de la qualité et améliorer en permanence son efficacité ?	X	X			S'intéresser à la méthode employée pour déterminer les ressources nécessaires, et pas uniquement au fait que les ressources soient disponibles.	
2	Les ressources nécessaires sont-elles déterminées et fournies pour accroître la satisfaction des clients en respectant leurs exigences ?	X	X				
6.2	**Ressources humaines**						***1 2 3 4 5***
6.2.1	**Généralités**						*1 2 3 4 5*
1	Les ressources en personnel sont-elles adaptées aux objectifs et au bon fonctionnement des processus (nombre, compétence, qualification, etc.) ?	X			X	La difficulté est de déterminer le niveau de compétence ou de formation nécessaire pour remplir une fonction ou réaliser une tâche.	
2	Le personnel qui se voit attribuer des tâches ayant une incidence sur la conformité aux exigences relatives aux produits est-il compétent (formation initiale et professionnelle, savoir-faire et expérience) ?				X		
3	Les évolutions des besoins (nombre et compétences en fonction des objectifs) en personnels sont-elles bien anticipées et maîtrisées ?	X			X		

Tableau 6.7 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Management des ressources (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
	6.2.2 Compétence, sensibilisation et formation						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
4	Les compétences nécessaires pour le personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la conformité aux exigences relatives au produit ont-elles déterminées ?		X	X	X	S'intéresser à la méthode autant qu'aux moyens.					
5	La formation permettant de répondre aux besoins est-elle prévue et dispensée ?		X	X	X	Examiner le plan de formation et vérifier que les thèmes importants pour l'organisme y sont effectivement traités.					
6	L'organisme évalue-t-il l'efficacité des actions entreprises (formation ou autres) ?	X			X						
7	La sensibilisation du personnel aux principes du management de la qualité est-elle perceptible à tous les niveaux ?		X	X	X						
8	L'organisme s'assure-t-il que les membres de son personnel ont conscience de la pertinence et de l'importance de leur activité ?	X	X		X						
9	L'organisme s'assure-t-il que les membres de son personnel ont conscience de la manière dont ils contribuent à la réalisation des objectifs qualité ?	X	X		X						
10	Des enregistrements appropriés concernant la formation initiale et professionnelle, le savoir-faire et l'expérience sont-ils conservés ?				X						

Tableau 6.7 Questionnaire selon ISO 9001 (2008) – Management des ressources (fin)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
6.3	**Infrastructures**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les infrastructures comprenant les bâtiments, les espaces de travail et les installations associées sont-elles adaptées à la réalisation des produits et services dans de bonnes conditions ? Sont-elles adaptées aux objectifs ?	X			X	S'assurer de l'existence d'une démarche pour identifier les besoins.					
2	Les équipements (matériels et logiciels) associés aux processus, et nécessaires pour obtenir la conformité du produit, sont-ils disponibles et entretenus ?			X	X						
3	Les services support (tels que logistique et moyens de communication) sont-ils disponibles et adaptés aux besoins ?			X	X						
6.4	**Environnement de travail**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	L'organisme a-t-il déterminé et géré l'environnement de travail nécessaire pour obtenir la conformité du produit ?				X	Il s'agit de vérifier, si cela s'avère nécessaire, qu'il existe des règles d'hygiène, de propreté, de température, etc., et qu'elles sont respectées.					

Tableau 6.8 Grille de maturité – Management des ressources

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Ressources humaines	– Les ressources humaines sont gérées au niveau global de l'organisme, selon des règles formalisées, et en particulier légales ; – la formation à l'utilisation des outils de la qualité n'est dispensée qu'aux qualiticiens.	– La gestion des ressources humaines intègre la contribution de chacun aux résultats de l'organisme ; – une formation à l'utilisation des outils de la qualité est dispensée à l'ensemble de l'encadrement.	– Le personnel perçoit la satisfaction des besoins du client comme étant essentielle aux performances de l'entreprise et à l'évaluation de ses propres performances ; – les outils de la qualité sont utilisés pour le traitement des dysfonctionnements et des actions correctives.	– L'adhésion de chacun aux objectifs de l'organisme est recherchée ; – une formation à l'utilisation des outils de la qualité est dispensée à l'ensemble du personnel.	– Chacun est acteur dans la réussite de l'organisme et sa contribution individuelle est reconnue ; – les outils de la qualité sont utilisés régulièrement par l'ensemble du personnel
Ressources informationnelles et savoir-faire	– Le savoir-faire est détenu par quelques individus clés.	– Le savoir-faire est formalisé dans le souci de mettre en commun les meilleures pratiques de chacun.	– Le savoir-faire est constamment amélioré compte tenu du retour d'expérience.	– Le savoir-faire est enrichi par les meilleures pratiques observées sur le marché.	– Le souci de chacun est de maintenir le savoir-faire collectif à un haut niveau.

Tableau 6.8 Grille de maturité – Management des ressources (fin)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Ressources matérielles et logistiques	– L'allocation des ressources n'est pas planifiée ; – les ressources sont attribuées à la demande.	– Les ressources sont attribuées aux processus sur des bases préétablies.	– L'adéquation des ressources aux objectifs des processus est recherchée.	– Les processus et les ressources sont définis simultanément.	– Les processus et les ressources nécessaires sont revus afin de maintenir l'optimum.
Ressources budgétaires et financières	– L'allocation de ressources financières n'est pas préétablie.	– L'allocation de ressources financières aux différentes entités de l'organisme s'inscrit dans une démarche budgétaire annuelle.	– L'allocation de ressources financières permet aux processus d'atteindre leurs objectifs de résultats.	– Les processus et les ressources financières sont optimisés et sont en accord avec les objectifs de l'organisme.	– L'optimisation des ressources est intégrée dans la démarche de chaque intervenant et dans chaque processus.

6.5 Réalisation du produit

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
7	**Réalisation du produit**						*1 2 3 4 5*
7.1	**Planification de la réalisation du produit**						*1 2 3 4 5*
	L'organisme a-t-il déterminé, selon le cas :					La plupart de ces éléments doivent dans un premier temps avoir été vérifiés au niveau de la documentation descriptive du SMQ.	
1	Les objectifs qualité et les exigences relatives au produit ?	X	X	X	X		
2	La nécessité de mettre en place des processus, d'établir des documents et de fournir des ressources spécifiques au produit ?			X	X		
3	Les activités requises de vérification, validation, surveillance, contrôle et essai spécifiques au produit et les critères d'acceptation du produit ?			X	X		
4	Les enregistrements nécessaires pour apporter la preuve que les processus de réalisation et le produit résultant satisfont aux exigences ?		X	X	X		
5	Les niveaux de conformité des produits sont-ils mesurés et comparés aux objectifs ?		X	X	X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
7.2	**Processus relatifs au client**						***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
7.2.1	**Détermination des exigences relatives au produit**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les couples clients/produits entrant dans le champ de l'audit sont-ils clairement déterminés ?			X	X	Il n'y a pas lieu d'exiger une liste des couples clients/produits mais de s'assurer, à partir d'exemples, qu'il n'y a pas d'ambiguïté. Pour s'assurer de la qualité de la liste des exigences, il faut s'intéresser au processus qui a permis de les recueillir. La confirmation doit, dans la majorité des cas, être donnée par le client.					
2	Les exigences du client relatives au produit, y compris les exigences relatives à la livraison et aux activités après livraison, sont-elles déterminées, listées et validées ?			X	X						
3	Les exigences non formulées (implicites, voire latentes) par le client sont-elles examinées et, le cas échéant, prises en compte ?			X	X						
4	Les exigences réglementaires et légales sont-elles déterminées et prises en compte ?			X	X						
5	L'organisme a-t-il déterminé des exigences complémentaires ?		X	X	X						
6	Les besoins et attentes des clients sont-ils recueillis et confirmés ?	X	X	X	X						

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité 1	2	3	4	5
7.2.2	**Revue des exigences du client**										
7	L'organisme effectue-t-il une revue (revue d'offre, de commande et d'avenant) des exigences relatives au produit avant de s'engager à livrer le produit ou le service ?				X	S'intéresser tout particulièrement aux commandes verbales (vérifier qu'elles sont confirmées) et au traitement des réserves (vérifier qu'elles sont connues du client et, le cas échéant, levées). Vérifier que toutes ces règles sont aussi appliquées aux avenants.					
	Cette revue assure-t-elle que :										
8	Les exigences relatives au produit ou au service sont définies (exigences explicites et implicites) ?				X						
9	Les écarts entre les exigences du contrat et celles précédemment exprimées ont été résolus ?				X						
10	L'organisme est-il apte à satisfaire aux exigences définies ?				X						
11	Des enregistrements de la revue et des actions qui en résultent sont-ils conservés ?				X						
12	Les exigences non documentées du client sont-elles confirmées par l'organisme avant d'être acceptées ?				X						
13	Lorsque des exigences relatives au produit sont modifiées, les documents correspondants sont-ils amendés et le personnel concerné est-il informé ?				X						

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
	7.2.3 Communication avec le client						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
14	Existe-t-il des dispositions efficaces concernant la communication avec les clients à propos des informations relatives au produit ?				X	Si le recueil des informations est important, c'est l'analyse et l'utilisation qui est faite de ces informations qui sont essentielles.					
15	Des dispositions efficaces ont-elles été définies et mises en œuvre pour communiquer avec les clients à propos du traitement des consultations, des commandes et des avenants ?				X						
16	Des dispositions efficaces ont-elles été définies et mises en œuvre pour assurer le retour d'information du client, y compris s'il s'agit de réclamations ?		X		X						
17	L'organisme exerce-t-il une surveillance de la perception du client ? Les résultats de cette surveillance sont-ils disponibles ?		X		X						
	7.3 Conception et développement						***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
	7.3.1 Planification de la conception et du développement						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Les activités de conception et de développement sont-elles planifiées (détermination des étapes de la conception et du développement) ?			X	X	Première difficulté : définir ce qu'est la conception et moduler l'application des exigences en fonction du type de conception. Les méthodes sont en général propres à la spécialité dans laquelle elles sont utilisées. On ne peut porter un jugement sur ces méthodes que si on en est spécialiste. Ce sont les interfaces entre les différents intervenants qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.					
2	Des revues, vérifications et validations appropriées sont-elles prévues à des étapes planifiées ?				X						
3	Les méthodes de travail sont-elles définies ?				X						
4	Les responsabilités et autorités pour les activités de conception et de développement sont-elles définies ?				X						
5	Les interfaces entre les différents groupes (internes ou externes à l'organisme) impliqués dans la conception et le développement sont-elles gérées (interfaces définies, connues et mises en œuvre) afin d'assurer une communication efficace et une attribution claire des responsabilités ?				X						
6	Les produits et services finals sont-ils qualifiés lorsque nécessaire ?				X						

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
	7.3.2 Éléments d'entrée de la conception et du développement						*1 2 3 4 5*
	Les éléments d'entrée comprennent-ils :					Vérifier comment sont prises en compte les évolutions des données d'entrée.	
7	Les exigences fonctionnelles et de performance ?				X		
8	Les exigences réglementaires et légales applicables ?				X		
9	Les informations issues de conceptions similaires ?				X		
10	Les autres exigences (par exemple relatives au métier ou propres à l'organisme) essentielles pour la conception et le développement ?				X		
11	Les éléments d'entrée sont-ils documentés ?				X		
12	Les éléments d'entrée sont-ils revus quant à leur adéquation (exigences complètes, cohérentes, non ambiguës et non contradictoires) ?				X		
	7.3.3 Éléments de sortie de la conception et du développement						*1 2 3 4 5*
13	Les données de sortie de la conception et du développement sont-elles sous une forme permettant leur vérification par rapport aux données d'entrée ?				X	Attention à un formalisme excessif. Il y a des conceptions extrêmement simples qui ne nécessitent pas des vérifications compliquées.	
14	Les données de sortie de la conception et/ou du développement sont-elles approuvées avant leur mise à disposition ?				X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
	À propos des données de sortie de la conception et du développement :						
15	Satisfont-elles aux exigences d'entrée de la conception et du développement ?				X		
16	Fournissent-elles les informations appropriées pour les achats et la production du produit ?				X		
17	Contiennent-elles ou font-elles référence à des critères d'acceptation du produit ?				X		
18	Spécifient-elles les caractéristiques du produit essentielles pour son utilisation correcte et en toute sécurité ?				X		
	7.3.4 Revue de conception et de développement						*1 2 3 4 5*
	L'organisme réalise-t-il des revues méthodiques de conception et de développement, à des étapes appropriées pour :						
19	Évaluer l'aptitude des résultats à satisfaire les exigences relatives à la qualité ?				X		
20	Identifier tous problèmes et proposer des solutions et actions nécessaires ?				X	Comment sont traitées les décisions prises au cours de la revue ?	
21	Les participants à ces revues sont-ils des représentants des fonctions concernées par la (les) étape(s) de la conception et du développement objet(s) de la revue ?				X		
22	Les résultats de ces revues et les actions nécessaires font-ils l'objet d'enregistrements ? Sont-ils conservés ?				X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
	7.3.5 Vérification de la conception et du développement						*1 2 3 4 5*
23	Vérifie-t-on que les éléments de sortie de la conception et du développement satisfont aux exigences d'entrée ?				X	Moduler en fonction du type de conception	
24	Les enregistrements de la vérification sont-ils conservés ? Les actions qui peuvent découler d'une vérification font-elles l'objet d'enregistrements conservés ?				X		
	7.3.6 Validation de la conception et du développement						*1 2 3 4 5*
25	Confirme-t-on que le produit résultant de la conception et du développement est apte à satisfaire aux exigences pour son usage prévu ?				X	Attention aux produits ou aux prestations pour lesquels la validation n'est pas réalisable par l'organisme. On peut admettre qu'une acceptation formelle par le client vaut validation.	
26	**La validation est-elle effectuée (lorsque cela est réalisable) avant la mise à disposition ou la mise** en œuvre du produit ?				X		
27	Les enregistrements de la validation sont-ils conservés ? Les actions qui peuvent découler d'une validation font-elles l'objet d'enregistrements conservés ?				X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
	7.3.7 Maîtrise des modifications de la conception et du développement						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
	Les modifications de la conception et du développement :										
28	Sont-elles identifiées ?				X						
29	Sont-elles documentées ?				X						
30	Les enregistrements correspondants sont-ils conservés ?				X						
31	Les modifications de la conception et du développement sont-elles : revues, vérifiées, validées et approuvées, avant mise en œuvre ?				X	Considérer qu'une modification « est » une conception.					
32	L'organisme procède-t-il de façon méthodique à une évaluation de l'influence des modifications sur les différents composants du produit ?				X						
33	Les conséquences des modifications sur les produits livrés sont-elles examinées et traitées ?				X						
34	Les résultats de la revue de modification, et les actions qui en découlent, sont-ils documentés et conservés ?				X						

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
7. 4	**Achats**						***1 2 3 4 5***
7.4.1	**Processus d'achat**						*1 2 3 4 5*
1	Un processus, pour assurer que le produit acheté est conforme aux exigences, est-il défini et mis en œuvre ?			X	X		
2	Le type et l'étendue de la maîtrise appliquée au produit et au fournisseur dépendent-ils de l'incidence du produit acheté sur la réalisation ultérieure et sur le produit livré ?				X	Il est bon de se préoccuper des risques encourus à travers les achats, de vérifier s'il existe une analyse de ces risques et de voir comment les résultats de l'analyse sont pris en compte.	
3	L'organisme évalue-t-il et sélectionne-t-il les fournisseurs en fonction de leur aptitude à fournir un produit conforme aux exigences de l'organisme ?		X		X		
4	Les critères de sélection, d'évaluation et de réévaluation (respect des exigences et des délais par exemple) des fournisseurs sont-ils établis ?		X		X	La surveillance des fournisseurs doit être proportionnée. Il doit y avoir corrélation entre le niveau de surveillance et la performance connue ou attendue du fournisseur.	
5	Les commentaires du fournisseur sur la commande sont-ils pris en compte ?		X		X		
6	**Les résultats des évaluations et des actions qui en découlent font-ils l'objet d'enregistrements ? Ces enregistrements sont-ils conservés ?**		X		X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
	7.4.2 Informations relatives aux achats						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
	Les informations décrivant le produit à acheter, comprennent-elles le cas échéant :					La difficulté est de s'assurer de l'exhaustivité de la prise en compte. Pour pouvoir le faire, il faut examiner plusieurs exemples comparables.					
7	Les exigences pour l'approbation du produit, des procédures, des processus, des équipements ?				X						
8	Les exigences pour la qualification du personnel ?				X						
9	Les exigences relatives au système de management de la qualité ?				X						
10	L'adéquation des exigences d'achat spécifiées est-elle assurée avant leur transmission au fournisseur ?				X						
	7.4.3 Vérification des produits achetés						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
11	Les contrôles et les vérifications assurant la conformité du produit acheté sont-ils définis ?		X		X						
12	Lorsque la vérification chez le fournisseur est pratiquée, l'organisme a-t-il spécifié dans les informations relatives aux achats les dispositions requises pour la vérification et les modalités de libération du produit ?		X		X						

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
7.5	**Production et préparation du service**						*1 2 3 4 5*
7.5.1	**Maîtrise de la production et de la préparation du service**						*1 2 3 4 5*
1	Le(s) processus de réalisation est-il (sont-ils) bien défini(s) et maîtrisé(s) ?			X	X		
	Les conditions suivantes sont-elles remplies par l'organisme :						
2	Les informations décrivant les caractéristiques du produit sont-elles disponibles ?				X		
3	Des instructions de travail sont-elles disponibles là où elles sont nécessaires ?				X		
4	Ces instructions sont-elles adaptées aux besoins ?				X	Il ne doit pas y avoir d'instructions que là où le besoin est patent. Cela peut être le cas pour des activités présentant un risque important pour la qualité du produit ou la satisfaction du client.	
5	Des équipements appropriés sont-ils disponibles et utilisés ?				X		
6	Des dispositifs de mesure et de surveillance ont-ils été définis, sont-ils disponibles et utilisés ?				X		
7	Des activités de surveillance et de mesure sont-elles effectivement mises en œuvre ?		X		X		
8	Des activités de libération, de livraison et de prestation de service après livraison sont-elles définies et effectivement mises en œuvre ?		X		X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
	7.5.2 Validation des processus de production et de préparation du service						1 2 3 4 5
9	Les processus (dits spéciaux) nécessitant une qualification sont-ils recensés ?		X	X	X		
	Pour les processus de réalisation dits spéciaux, l'organisme a-t-il défini, lorsque cela est applicable :						
10	Les critères pour en réaliser la revue et l'approbation ?				X		
11	L'approbation ou la qualification des équipements ?		X		X		
12	Les règles de qualification du personnel ?		X		X		
13	Les critères de qualification de procédé ?		X		X		
14	Les exigences pour les enregistrements ?				X		
15	Les critères de revalidation ou de requalification ?		X		X		
16	Les règles de maintien des équipements en état opérationnel ?				X		
	7.5.3 Identification et traçabilité						1 2 3 4 5
17	Si cela est exigé, le produit est-il identifié à l'aide de moyens appropriés tout au long de sa réalisation ?				X		
18	L'organisme identifie-t-il l'état du produit par rapport aux exigences de surveillance et de mesure ?				X		
19	Lorsque la traçabilité est une exigence, l'identification unique du produit ou du service est-elle maîtrisée et enregistrée ?				X		
20	Le cas échéant, existe-t-il une gestion de la configuration du produit ?				X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
7.5.4	**Propriété du client (utilisée ou sous surveillance de l'organisme)**						*1 2 3 4 5*
21	La mise à disposition par le client fait-elle l'objet d'un constat contradictoire ?				X		
22	Des dispositions sont-elles prises pour maîtriser (identification, vérification, protection, sauvegarde) la propriété du client et en éviter la dégradation ?				X	Ne pas oublier dans ce chapitre la propriété intellectuelle et donc les précautions à prendre pour assurer la confidentialité.	
23	Toute détérioration ou perte est-elle enregistrée et fait-elle l'objet d'un rapport transmis au client ?		X		X		
7.5.5	**Préservation du produit (ceci s'applique aux parties ou composants d'un produit)**						*1 2 3 4 5*
24	Des dispositions sont-elles prises afin de préserver la conformité du produit pendant les opérations internes ainsi que lors de la livraison ?				X		
25	L'organisation des magasins ou des aires de stockage permet-elle d'éviter les risques de détérioration des produits ?				X	Attention aux produits informatiques qui nécessitent des précautions particulières.	
26	Les modalités de manutention permettent-elles d'éviter les risques de détérioration des produits ?				X		
27	Les modalités de conditionnement permettent-elles d'éviter les risques de détérioration des produits ?				X		
7.6	**Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure**						***1 2 3 4 5***
1	Toutes les activités de surveillance et de mesure pour apporter la preuve de la conformité du produit aux exigences spécifiées sont-elles définies ?		X		X	Attention à la maîtrise des incertitudes de mesure.	
2	L'organisme a-t-il établi des processus pour assurer que les activités de surveillance et de mesure peuvent être effectuées et sont effectuées de manière cohérente par rapport aux exigences de surveillance et de mesure ?		X	X	X		

Tableau 6.9 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Réalisation du produit (fin)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
	Les équipements de mesure sont-ils (lorsque nécessaire) :						
3	Adaptés aux mesures à effectuer ?				X		
4	Étalonnés ou vérifiés à intervalles spécifiés avant leur utilisation, par rapport à des étalons de mesure reliés à des étalons internationaux ou nationaux ?				X		
5	Réglés autant que nécessaire ?				X		
6	Protégés contre les réglages susceptibles d'invalider le résultat de la mesure ?				X		
7	Identifiés afin de pouvoir déterminer la validité de l'étalonnage ?				X		
8	Protégés contre tous dommages et détériorations au cours de leur manutention, maintenance, stockage ?				X		
9	Lorsqu'un équipement se révèle non conforme aux exigences, existe-t-il des enregistrements permettant de remonter aux résultats de mesures antérieures ?		X		X		
10	Des actions correctives sont-elles entreprises sur l'équipement et sur tout produit qui se révèle non conforme lors d'un contrôle ?		X		X		
11	Des enregistrements des résultats d'étalonnage et de vérification sont-ils conservés ?				X		
12	Les logiciels de surveillance et de mesure sont-ils qualifiés lors de la première utilisation et reconfirmé si nécessaire ?		X		X		

Tableau 6.10 Grille de maturité – Réalisation du produit

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Structure et interactions des processus	– Chaque entité composant l'organisme met en œuvre ses pratiques. Celles-ci ne sont pas formalisées ; – les processus clés ne sont pas identifiés ; – les dysfonctionnements de processus ne font pas l'objet d'une analyse systématique.	– Chaque entité composant l'organisme définit ses activités, ses résultats, ses interfaces, afin d'optimiser ses performances ; – les processus clés sont identifiés et formalisés ; – les dysfonctionnements de processus sont connus mais mal maîtrisés.	– Les cloisonnements disparaissent dans l'organisme afin de rechercher une efficacité globale ; – le fonctionnement des processus clés est contrôlé régulièrement ; – les dysfonctionnements de processus sont analysés et corrigés.	– L'organisme est constitué d'un ensemble de processus interconnectés, adaptés à la situation ; – les processus entrant et sortant sont définis ainsi que les sous-processus ; – les processus clés font l'objet d'une revue systématique à fréquence déterminée ; – des mesures sont prises pour éviter que des dysfonctionnements se produisent.	– L'organisme a des capacités de reconfiguration de processus très rapides, en permanence à l'optimum ; – il existe une méthode d'analyse des processus ; elle est régulièrement mise en application ; – les processus clés font l'objet de plans d'amélioration mis à jour régulièrement ; – des plans d'amélioration sont mis en œuvre pour tenir compte des corrélations entre dysfonctionnements.

Tableau 6.10 Grille de maturité – Réalisation du produit (suite)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Orientation satisfaction clients et autres parties concernées des processus	– Les pratiques mises en œuvre visent à réaliser le produit selon les pratiques usuelles de l'organisme.	– Les processus visent la conformité aux exigences explicites et implicites du client ; – il existe une organisation qui analyse les plaintes ; – des plans d'action sont mis en œuvre ; – les plans d'action sont cohérents et susceptibles de satisfaire le client.	– Les processus visent la satisfaction du client ; – il existe un système (bouclage) pour traiter toutes les réclamations et plaintes ; – les priorités et les moyens sont donnés pour satisfaire les actions à mener ; – les actions correctives sont efficaces. Les plaintes diminuent constamment.	– Les processus visent la pérennité de la satisfaction du client ; – les exigences et attentes des différentes parties prenantes de l'organisme sont prises en compte ; – les réclamations entraînent des compléments d'information en clientèle ; – des plans d'action sont établis suite aux compléments d'enquêtes ; – il n'y a pratiquement plus de plaintes clients.	– Les processus visent à renforcer les caractères distinctifs et les avantages concurrentiels de l'organisme ; – la satisfaction des parties prenantes est maintenue au niveau défini par la stratégie de l'organisme ; – des enquêtes de satisfaction sont réalisées ; – des plans d'action sont établis suite aux enquêtes de satisfaction ; – les clients sont satisfaits et fidèles. Ils donnent la préférence aux produits face à la concurrence.

Tableau 6.10 Grille de maturité – Réalisation du produit (suite)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Processus de conception et développement	– La conception repose sur quelques personnes.	– Les processus de conception visent la conformité du produit aux exigences.	– Les processus de conception intègrent les exigences client ; – les processus sont documentés.	– Les processus de conception intègrent la globalité du cycle de vie du produit et des prestations liées.	– Les processus de conception intègrent les besoins du marché, la stratégie de l'organisme.
Processus d'approvisionnement	– La sélection des fournisseurs repose sur l'évaluation des capacités techniques.	– La sélection des fournisseurs porte sur les capacités techniques et sur le système de la qualité ; – les résultats des fournisseurs sont corrects mais il y a encore des aléas ; – les résultats sont en progrès, les écarts sont corrigés rapidement ; – des actions correctives sont en place.	– La sélection des fournisseurs porte sur leur aptitude à satisfaire le client de l'organisme ; – la confiance dans le système qualité du fournisseur permet un allègement de la surveillance qualité ; – le niveau de qualité des produits reçus est conforme.	– Le fournisseur participe à la recherche de solutions optimales ; – le fournisseur propose des améliorations ; – la qualité des produits sous contractés est située dans les meilleurs niveaux du marché ; – les dysfonctionnements des processus ont disparu.	– Le fournisseur est un acteur de la stratégie de l'organisme ; – amélioration permanente des composantes qualité, coûts, délais, etc. ; – les objectifs sont atteints et une amélioration continue des résultats obtenus est constatée ; – les fournisseurs adhèrent au plan d'amélioration de l'entreprise et agissent en partenaires.

Tableau 6.10 Grille de maturité – Réalisation du produit (fin)

Processus de réalisation	– Les processus de réalisation ne sont pas formalisés. Les résultats reposent sur quelques personnes ; – une fonction de contrôle importante s'assure de la conformité des produits.	– Les processus de réalisation sont définis, formalisés et connus des personnes concernées ; – les informations nécessaires à la mise en œuvre et au pilotage des processus sont définies et maîtrisées par le personnel concerné ; – les étapes de réalisation donnent lieu à des critères d'acceptation des produits intermédiaires.	– Les processus de réalisation sont stabilisés et conduisent à des produits conformes ; – la surveillance des processus est efficace.	– Les différents intervenants sont associés afin d'optimiser la réalisation en termes de coûts, délais, caractéristiques du produit.	– Les différents intervenants ont les capacités et l'autorité permettant la mise en œuvre de processus en amélioration permanente.

6.6 Mesures, analyse et amélioration

Tableau 6.11 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Mesures, analyse et amélioration

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
8	**Mesures, analyse et amélioration**						*1 2 3 4 5*
8.1	**Généralités**						*1 2 3 4 5*
	L'organisme a-t-il défini, planifié (préparé) et mis en œuvre des activités de surveillance et de mesure pour :						
1	Démontrer la conformité du produit ?		X	X	X	Ces méthodes doivent être adaptées au domaine à mesurer et cohérentes avec les objectifs fixés par ailleurs.	
2	Assurer la conformité du système de management de la qualité ?		X	X	X		
3	Améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité ?		X	X	X		
4	L'organisme a-t-il déterminé les méthodes appropriées applicables ?		X		X		
5	Les techniques statistiques utilisées pour les activités de surveillance et de mesure, l'analyse et l'amélioration sont-elles maîtrisées ?		X		X		
8.2	**Surveillance et mesures**						*1 2 3 4 5*
8.2.1	**Satisfaction du client**						*1 2 3 4 5*
1	Comment est mesurée la satisfaction d'un client de processus ?		X	X		Comment sont analysées les informations recueillies et quelles suites ont-elles ?	
2	Y-a-t-il des réclamations des clients ?		X	X			
3	L'organisme a-t-il déterminé des méthodes pour obtenir et utiliser des informations relatives à la perception du client sur son niveau de satisfaction ?				X		
4	L'organisme a-t-il mis en œuvre ces méthodes ?				X		

Tableau 6.11 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Mesures, analyse et amélioration (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
	8.2.2 Audit interne						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
	L'organisme réalise-t-il des audits internes afin de déterminer si le système de management de la qualité est :					Ne pas oublier qu'un audit n'est lui-même efficace que s'il permet de s'assurer de l'efficacité des activités, des processus et des systèmes examinés.					
5	Conforme aux exigences de la norme ISO 9001:2000 et aux exigences du système de management de la qualité définies par l'organisme ?		X								
6	Mis en œuvre et entretenu de façon efficace ?		X								
	La procédure documentée de l'organisme couvre-t-elle les points suivants :										
7	Les responsabilités et les exigences pour la conduite des audits ?		X								
8	L'indépendance des auditeurs par rapport à l'activité auditée ?		X								
9	L'enregistrement des résultats de l'audit et des actions qui en découlent ?		X								
10	La transmission des résultats à la direction et à toute personne concernée ?		X								
	Les audits sont-ils planifiés en fonction :										
11	De l'état et de l'importance des activités et des domaines à auditer ?	X	X		X						
12	Des résultats des audits précédents ?		X								
13	Le champ de l'audit, la fréquence et la méthodologie de l'audit ont-ils été définis ?		X								
14	Des actions, suite à un audit interne sont-elles entreprises pour apporter des solutions aux non-conformités relevées ?		X	X	X						
15	Les actions de suivi d'audit incluent-elles la vérification de l'application des actions entreprises et le compte-rendu des résultats de cette vérification ?		X								

Tableau 6.11 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Mesures, analyse et amélioration (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
	8.2.3 Surveillance et mesure des processus						*1 2 3 4 5*
16	L'organisme utilise-t-il des méthodes appropriées pour mesurer et surveiller les processus de réalisation nécessaires à la satisfaction des exigences du client ?		X	X	X	Est-ce que les méthodes et les outils de mesure sont reconnus par tous ? Ces méthodes sont-elles compréhensibles et chacun connaît-il son rôle pour leur mise en œuvre ? Les méthodes sont-elles des outils d'aide à la décision ?	
17	Ces méthodes démontrent-elles l'aptitude permanente de chaque processus à atteindre les résultats planifiés ?		X	X	X		
18	Lorsque les résultats planifiés ne sont pas atteints, des corrections et des actions correctives sont-elles entreprises ?		X	X	X		
	8.2.4 Surveillance et mesure du produit						*1 2 3 4 5*
19	L'organisme mesure-t-il et surveille-t-il les caractéristiques du produit (afin de vérifier que les exigences relatives au produit sont satisfaites) ?		X		X	Certaines entreprises établissent par exemple des « listes des opérations de fabrication et de contrôle » (LOFC) qui précisent entre autres les points de contrôles.	
20	La surveillance et les mesures sont-elles effectuées à des étapes appropriées et planifiées du processus de réalisation du produit ?		X		X		
21	La preuve de la conformité aux critères d'acceptation est-elle conservée ?		X		X		
22	Le niveau de conformité correspond-il aux objectifs fixés ?						
23	Les enregistrements indiquent-ils la (ou les) personne(s) ayant autorisé la libération du produit ?		X		X		
24	La libération du **produit et la prestation du service ne sont pas effectuées avant que toutes les dispositions planifiées aient été effectuées de manière satisfaisante, sauf approbation du client ou d'une autorité compétente ?**		X		X		

Tableau 6.11 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Mesures, analyse et amélioration (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
8.3	**Maîtrise du produit non conforme**						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Le produit non conforme est-il maîtrisé de façon à en empêcher toute utilisation non intentionnelle ?		X		X						
2	La procédure documentée définit-elle les responsabilités et les autorités associées pour le traitement des non-conformités ?		X								
	Le traitement des non-conformités donne-t-il lieu à l'une des décisions suivantes :										
3	Mener des actions permettant d'éliminer la non-conformité détectée ?		X		X						
4	Autoriser son utilisation, sa libération ou son acceptation par dérogation accordée par une autorité compétente ou, le cas échéant, par le client ?	X	X			Identification des produits non conformes.					
5	Rebuter le produit et mener des actions permettant d'empêcher son utilisation ou son application prévue à l'origine ?	X	X		X						
6	Existe-t-il des enregistrements de la nature des non-conformités et des actions conduites pour les traiter ? Ces enregistrements sont-ils conservés ?		X		X						
7	Le produit non conforme, lorsqu'il est corrigé, fait-il l'objet d'une vérification systématique ?			X							
8	Des dispositions sont-elles prises pour traiter une non-conformité découverte après que le produit ait été livré ou utilisé ?		X		X						

Tableau 6.11 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Mesures, analyse et amélioration (suite)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité
8.4	**Analyse des données**						**1 2 3 4 5**
1	Les données résultant des activités de surveillance et de mesure sont-elles recueillies et analysées pour évaluer l'efficacité du système de management de la qualité, et pour évaluer les possibilités d'amélioration de son efficacité ?		X	X	X	Ces questions doivent en fait être réparties sur l'ensemble du questionnaire. Elles n'ont d'intérêt que si on les situe dans leur contexte.	
	L'analyse des données fournit-elle des informations sur :						
2	La satisfaction du client ?		X		X		
3	La conformité aux exigences relatives au produit ?		X		X		
4	Les caractéristiques et les évolutions des processus et des produits, y compris les opportunités d'actions préventives ?		X	X	X		
5	Les fournisseurs ?		X		X		
8.5	**Amélioration**						**1 2 3 4 5**
8.5.1	**Amélioration continue**						1 2 3 4 5
	Pour améliorer en permanence l'efficacité du système est-ce que sont utilisés :					Existe-t-il un processus permettant d'assurer une amélioration continue du système, du fonctionnement de l'organisme et des produits et prestations ? Attention au coup par coup qui n'assure pas la pérennité.	
1	La politique qualité ?	X	X				
2	Les objectifs qualité ?	X	X	X	X		
3	Les résultats des actions correctives et préventives ?	X	X	X	X		
4	Les résultats d'audit ?	X	X	X	X		
5	L'analyse des données ?	X	X	X	X		
6	La revue de direction ?	X	X	X	X		

Tableau 6.11 Questionnaire selon ISO 9001 (2000) – Mesures, analyse et amélioration (fin)

	Questions	D	Q	P	A	Commentaires	Maturité				
	8.5.2 Action corrective						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
7	L'organisme a-t-il établi une procédure documentée ?		X								
	La procédure documentée définit-elle les exigences pour :										
8	Procéder à la revue des non-conformités (y compris les réclamations du client) ?		X		X						
9	Déterminer les causes de non-conformités ?		X		X						
10	Évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour que les non-conformités ne se reproduisent pas ?		X		X						
11	Déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires ?		X		X						
12	Enregistrer les résultats des actions mises en œuvre ?		X		X						
13	Procéder à la revue des actions correctives mises en œuvre (efficacité) ?		X		X						
	8.5.3 Action préventive						*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
14	L'organisme a-t-il établi une procédure documentée ?		X								
	La procédure documentée définit-elle les exigences pour :										
15	Déterminer les non-conformités potentielles et leurs causes ?		X		X						
16	Évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour éviter l'apparition de non-conformités ?		X		X						
17	Déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires ?		X		X						
18	Enregistrer les résultats des actions mises en œuvre ?		X		X						
19	Procéder à la revue des actions préventives mises en œuvre (efficacité) ?		X		X						

Tableau 6.12 Grille de maturité – Mesures, analyse et amélioration

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Acquisition d'informations sur : produit, processus, système	– Les informations collectées concernent les produits.	– Les informations collectées assurent : – que le produit est conforme aux différentes étapes de réalisation ; – que les processus se déroulent tels que définis et planifiés.	– Les informations collectées ont pour objet la maîtrise du déroulement du processus et la conformité du produit aux exigences.	– Les informations collectées ont pour objet l'optimisation de l'ensemble des processus interconnectés.	– Les informations collectées ont pour objet la cohérence permanente à la stratégie de l'organisme.
Amélioration continue	– Les améliorations portent sur les produits. Il n'y a pas d'action corrective sur les processus.	– Les améliorations visent à détecter rapidement les non-conformités des produits et à éviter de nouvelles occurrences ; – les améliorations portent sur les produits et les processus ; – les actions correctives et préventives sont opérationnelles ; – les indicateurs convergent vers les objectifs fixés.	– La prévention des non-conformités est opérationnelle ; – l'efficacité des actions correctives et préventives est évaluée ; – les objectifs fixés sont atteints.	– Le déploiement des actions d'amélioration est général et permanent au sein de l'organisme ; – l'amélioration des performances des processus est recherchée ; – les objectifs sont régulièrement revus et optimisés par les dirigeants.	– Un plan d'amélioration appliqué à toutes les composantes de l'organisme est conduit par le management ; – celui-ci prend en charge la conduite d'actions majeures d'amélioration ; – les clients et l'environnement concurrentiel influent en permanence sur les objectifs.

Tableau 6.12 Grille de maturité – Mesures, analyse et amélioration (suite)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Non-conformités Efficacité des actions correctives et préventives		– La maîtrise des produits non conformes est efficace ; – les causes des incidents sont analysées et déclenchent des actions correctives ; – des incidents ou dysfonctionnements récurrents sont encore possibles.	– Les actions correctives et préventives portent sur les processus et évitent l'apparition de non-conformités produit ; – les actions correctives suppriment les risques de réapparition des anomalies.	– Une analyse est réalisée avant la mise en place de nouveaux systèmes ou de modifications importantes ; – les actions correctives et préventives sont démultipliées à tous les niveaux ; – les actions correctives et préventives sont intégrées et efficaces.	– L'analyse porte sur le *reengineering* des systèmes, les processus, le produit ; – les actions préventives sont systématiquement utilisées ; – pas de nouvel incident ou dysfonctionnement.
Revue de direction		– Les dirigeants effectuent des revues de direction.	– Les décisions sont prises sur la base d'une analyse des faits observés en interne et en externe.	– Des plans d'action efficaces sont établis à l'issue des revues de direction. Ces plans d'action assurent l'optimisation du système de management de la qualité.	– Il existe des revues d'amélioration continue régulières faites par les dirigeants de l'organisme.

Tableau 6.12 Grille de maturité – Mesures, analyse et amélioration (fin)

Critères	Fonctionnement de base	Défini, planifié, suivi	Maîtrisé	Optimisé	En amélioration permanente
Audits		– Le planning d'audit couvre l'ensemble des activités ; – les résultats des audits sont analysés ; – la synthèse des résultats d'audit est un outil de management.	– Le plan d'audit tient compte des résultats des audits précédents ; – les audits sont ciblés sur les points faibles.	– La fréquence des audits est optimisée ; – les résultats obtenus sont comparés aux résultats d'enquêtes de *benchmarking* ; – les audits sont utilisés comme outils de progrès par tous les acteurs.	– Les audits couvrent le SMQ, les processus, les produits, etc. ; – les résultats des audits montrent que l'organisme se situe parmi les meilleurs ; – les audits et leurs résultats sont utilisés comme outils de management.

7 Méthode d'analyse des processus

Sommaire de la fiche

Il existe certainement de nombreuses méthodes d'analyse des processus beaucoup plus complexes que celle qui est présentée ici. La question est de savoir si la complexité est un gage d'efficacité.

Ce qui importe en premier lieu, c'est de faire en sorte que tout individu au sein d'un organisme puisse s'approprier une méthode pour être à même de participer à l'analyse des processus qui le concernent. Il n'y a rien de plus frustrant et de plus démotivant que de laisser d'autres dire ce qui est mieux pour nous.

L'expérience montre que la méthode qui fait l'objet de cette annexe peut être rapidement mise en œuvre et donne d'excellents résultats en un temps relativement court.

Pour mettre en œuvre cette méthode d'analyse, il faut constituer un groupe de travail composé de représentants des principales fonctions ayant à intervenir dans le déroulement du processus.

Cette méthode se décompose en quatre étapes.

7.1 Étape 1 – Définition du processus

Au cours de cette étape, il s'agit de répondre à dix questions pour caractériser le processus et pour s'assurer que tous les participants au groupe de travail sont d'accord sur le sujet à traiter.

– ***Intitulé du processus***

Cet intitulé pour être précis ne doit pas dépasser 12 mots.

– ***Finalités du processus***

Il peut s'agir d'un produit, d'un service, d'une information, etc.

– ***Début du processus***

C'est la tâche qui déclenche le processus.

– ***Fin du processus***

C'est la dernière tâche effectuée.

– ***Données dentrée***

Lister les données externes au processus sans lesquelles celui-ci ne pourrait pas fonctionner. Si la réponse n'est pas évidente, il faudra y revenir en fin d'analyse.

– ***Données de sortie***

Ce sont les données qui doivent accompagner le résultat final du processus. Il peut s'agir d'une documentation ou d'une information, quel qu'en soit le support. Si la réponse n'est pas évidente, il faudra y revenir en fin d'analyse.

– ***Les contraintes externes ou internes à lorganisme***

Législation, réglementation, normalisation, structure groupe, etc.

– ***Sous-processus***

La réponse à cette question ne peut être donnée qu'après une première analyse du processus.

– ***Interfaces***

Processus amont, processus aval, liens entre processus. Ne répondre à cette question qu'après une première analyse.

Donner les réponses à ces questions peut se faire au cours d'une séance de travail d'environ deux heures.

7.2 Étape 2 – Recherche des dysfonctionnements actuels

L'objectif de cette étape est de faire identifier par le groupe de travail les dysfonctionnements connus ou supposés du processus. Pour que la liste ainsi établie soit aussi complète que possible, l'outil de travail du groupe doit être le *brainstorming*.

À l'issue de cette phase de recherche, le groupe dispose d'une liste de dysfonctionnements qui ne sera utilisée que lors de la dernière étape de la méthode. Elle doit donc être conservée et mise de côté.

7.3 Étape 3 – Description du processus

Au cours de cette étape, le groupe décrit le processus « idéal » en proposant les actions et les moyens qui feraient que le processus se déroulerait dans les meilleures conditions possibles. Pour cela, le groupe doit :

– ***Identifier les actions***

Ce sont les actions qui doivent constituer le processus. Le groupe procède par *brainstorming* sans s'attacher à la chronologie des actions.

– ***Ordonner chronologiquement les actions listées précédemment***

À cette occasion, des regroupements d'actions peuvent être faits.

– ***Identifier pour chaque action les données dentrée et les données de sortie***

C'est l'occasion de supprimer toute tâche qui n'a pas de valeur ajoutée.

– ***Identifier les acteurs du processus***

Pour une action, il peut y avoir plusieurs acteurs, mais un seul responsable doit être systématiquement désigné.

Rappelons que l'on a tout intérêt à désigner les acteurs en termes de fonction (acheteur, chef de projet, etc.) et non pas en termes d'organisation (service achat, division projet, etc.) ou de personne (Charpentier, Lucas, etc.). L'avantage est que la fonction ne change que très rarement, alors que l'organisation et les personnes changent plus souvent. Qui dit changement dit modification de la description du processus, on évite ainsi bon nombre de modifications.

Autre avantage, on évite ainsi les descriptions de fonction puisque le recueil des processus affichera pour chaque fonction toutes les actions ou tâches correspondantes.

– ***Représenter le processus***

La forme de représentation la plus simple et la plus efficace est le logigramme.

– ***Établir une fiche de proposition pour chaque modification détectée par rapport au processus actuel***

Chaque fiche doit présenter une analyse de la modification de façon à ce que la direction puisse prendre position sur sa mise en œuvre ou sur sa mise en attente pour des raisons budgétaires, par exemple.

Les trois premières étapes ne doivent pas demander plus de quatre à cinq séances de deux heures en groupe de travail.

7.4 Étape 4 – Validation du processus

– Comparer le logigramme avec le ou les logigrammes existants, ou avec la pratique actuelle : a-t-on oublié des choses ? A-t-on bon espoir que les dysfonctionnements listés au cours de l'étape 2 soient résolus ? Sinon, se poser la question d'une révision du logigramme.

– Obtenir un consensus sur les propositions de modifications, les faire entériner par la hiérarchie ou par le comité de pilotage.

– Proposer la désignation d'un pilote pour le processus.

– Valider le processus auprès des différents acteurs. Le mettre éventuellement en application provisoire.

– Introduire le processus ainsi décrit dans le recueil des procédures.

8 Sommaire type d'un dossier de processus

Sommaire de la fiche

8.1 Description du processus

– ***Intitulé du processus***

Préciser éventuellement le domaine d'application et, le cas échéant, les exclusions.

– ***Finalité du processus***

Le ou les produits, le ou les services résultant du processus. La description doit en être suffisamment détaillée pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté.

– ***Les clients du processus***

Il peut s'agir de clients internes à l'organisme.

– ***Les contraintes intervenant sur le processus** :*

 – contraintes d'environnement
 – contraintes normatives et réglementaires
 – contraintes sociales
 – etc.

– ***Première tâche et ses données dentrée***

Le fait de rassembler ces données permet plus facilement d'en vérifier l'exhaustivité et la cohérence.

– ***Dernière tâche et ses données de sortie***

Les données de sortie d'un processus sont soit les données d'entrée d'un autre processus, soit des données destinées au client final. Il est donc très important de pouvoir s'assurer qu'elles sont complètes et cohérentes, avec les données d'entrée en particulier.

– ***Document décrivant le processus***

Ce document peut prendre plusieurs formes, mais celle qui est la plus simple et la mieux adaptée est, sauf exception, le logigramme.

Ce chapitre doit contenir toutes les versions du document, ce qui permet d'assurer la traçabilité de ses évolutions.

– ***Pilote du processus***

Son nom, sa fonction, la date à laquelle il a pris en charge le processus. Outre l'intérêt que cette information peut avoir d'un point de vue purement historique, elle peut aussi être utile pour valider le profil du pilote de processus à chaque révision importante en fonction des résultats obtenus et des difficultés rencontrées.

8.2 Enregistrements qualité propres au processus

Ce chapitre doit contenir :

- la liste des enregistrements de la qualité propres au processus, avec pour chacun d'eux un certain nombre d'informations concernant, par exemple, les responsabilités et les conditions de mise en archives ou les conditions de vérification et d'approbation ;
- un exemplaire de chaque imprimé à utiliser, si nécessaire, avec le mode d'emploi de l'imprimé. Les différentes versions des imprimés doivent être conservées.

8.3 Tableau de bord du processus

Il s'agit, d'une part, de disposer d'un document précisant de quoi est constitué le tableau de bord, comment ont été choisis les indicateurs et à quoi ils correspondent et, d'autre part, du tableau de bord et de ses évolutions.

C'est aussi dans ce chapitre que l'on trouvera la matrice de maturité relative au processus.

8.4 Revue de processus

C'est le recueil des planifications successives des revues et des comptes-rendus de ces revues.

8.5 Suivi des actions d'amélioration

Lors des revues de processus et des revues de direction, des actions d'amélioration concernant le processus peuvent être décidées. Elles donnent souvent lieu à la création de groupes d'analyse et de propositions dont il est bon de conserver l'historique des travaux, en particulier les comptes-rendus de leurs réunions.